DE

LA DYSP

LES TROIS FORMES QU'EL

COMME ENTITÉ

ET SES

DEUX ÉTATS SYMPTOMA[illegible]QUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1901

PAR

Victor-Hyacinthe-Léon SOLLIER

Né à Saint-Vallier (Drôme)

LICENCIÉ EN DROIT

ANCIEN MÉDECIN INSPECTEUR A SAINT-GEORGES-D'ESPÉRANCHE (ISÈRE)

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1901

...EL DE LA FACULTÉ

...RET (✻)..... DOYEN
...GUE..... ..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

....	MM. BERTIN-SANS (✻).
....	GRASSET (✻)
....	TEDENAT.
...ogie.....	GRYNFELTT
... du Cours, M. PUECH.	
...ale.....	HAMELIN (✻).
....	CARRIEU.
...et nerveuses.....	MAIRET (✻).
.....	IMBERT.
...médicale.	GRANEL.
....	FORGUE.
...gique.....	TRUC.
... et Pharmacie..	VILLE.
.....	HEDON.
...logie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
...oms et Appareils	ESTOR.
Microbiologie....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. PUECH.	MM. RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRES.
LAPEYRE.	MOURET.	L. IMBERT.
MOITESSIER DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.	H. BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BAUMEL, *président.*	MM. BROUSSE, agrégé.
SARDA, professeur.	MOITESSIER, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

V. SOLLIER.

DE

LA DYSPEPSIE

LES TROIS FORMES QU'ELLE REVÊT

COMME ENTITÉ MORBIDE

ET SES

DEUX ÉTATS SYMPTOMATIQUES LES PLUS FRÉQUENTS

INTRODUCTION

Parmi les maladies si multiples et si nombreuses qui affligent l'humanité, il n'en est point qui dépriment si rapidement les forces et qui impressionnent si vite et plus profondément le moral que les troubles de la digestion.

Aussi ont-ils été des premiers pour le soulagement desquels on s'est adressé au médecin.

Malheureusement, pour comprendre la nature de ces troubles, en discerner la cause et en analyser les effets, la médecine primitive ne disposait d'aucun moyen spécial et pratique.

D'ailleurs, ce n'était point seulement pour les troubles de la digestion que la médecine primitive se trouvait désarmée et qu'elle ne pouvait opposer ni moyens de connaissance, ni forme de traitement, c'était pour toutes les espèces de maladies.

La médecine, en effet, est une science d'ordre absolument et strictement expérimental, et elle n'a pu arriver à se faire une place dans la science que par l'expérimentation.

Par suite, il a donc fallu, à l'origine, s'adresser un peu à tout le monde pour savoir ce qu'il y avait lieu de faire à propos de telle ou telle maladie.

Cette nécessité explique, dès lors, pourquoi dans l'antiquité et au commencement même de la médecine, les prêtres de Chaldée, que les plus lointaines traditions nous présentent comme ayant été les premiers à pratiquer cette science, pourquoi, dis-je, les prêtres de Chaldée faisaient transporter les malades le long des avenues qui conduisaient à leurs temples, afin que ceux qui s'y rendaient et qui venaient un peu de tous les pays puissent les examiner, dire s'ils avaient déjà vu ou connu des malades semblables et, dans ce dernier cas, comment ceux-ci s'étaient traités, et surtout comment ils avaient pu arriver à se guérir.

Peu à peu, par de tels moyens, on était arrivé à pouvoir discerner et connaître un assez grand nombre de maladies et, résultat plus heureux et plus utile pour l'humanité, à posséder un certain nombre de traitements pratiques pour les soulager et même pour les guérir.

Mais, ainsi que nous allons le voir dans le chapitre suivant qui sera consacré à l'historique, ce n'a été que très tard et presque à notre époque contemporaine que, par suite, des immenses progrès faits par l'anatomie, l'histologie, la physiologie et la pathologie, on a pu arriver à discerner, avec certitude, ces divers troubles, à les qualifier et à inaugurer pour chacun d'eux un mode de traitement approprié et dont les résultats sont de plus en plus satisfaisants, heureux et certains.

HISTORIQUE

Hippocrate étant le premier médecin dont on possède les œuvres et dont on connaisse la méthode et les doctrines, c'est à lui que nous remonterons pour ce présent exposé historique.

Pour lui, l'action digestive constituait une véritable coction, et de même que la terre reçoit et transforme les sucs nourriciers, de même l'estomac élabore les aliments qu'on y introduit Aussi, tous les troubles de la digestion provenaient-ils, comme il l'expliquait, de ce que l'estomac devenait chez certaines personnes ou trop chaud ou trop froid.

Dans le premier cas, il y avait des chaleurs excessives, fatigantes, douloureuses pendant que s'accomplissait l'acte digestif, et, dans le second, c'étaient des cuissons retardées, des crudités, des selles crues, etc.

Mais il croyait et enseignait que la digestion s'accomplissait en entier dans l'estomac et que tout trouble digestif était dû au mauvais fonctionnement de cet organe.

Plus tard, Celse, puis Arété, s'approprièrent les idées d'Hippocrate et en reproduisirent servilement les doctrines.

Galien, d'abord, fit de même, seulement comme il semble probable que, parmi ceux qui le consultaient, les malades pour cause de mauvaise digestion étaient les plus nombreux et que leur nombre s'accroissait de plus en plus, il en vint à exagérer les conséquences de l'acte digestif, et à le présenter lorsqu'il s'accomplissait mal, comme la cause et la source

unique d'un très grand nombre de maladies, parmi lesquelles nous trouvons entr'autres, la dyspnée, l'apnée, l'épilepsie, le délire, la mélancolie, etc., etc.

Il créa même des mots nouveaux et qui sont restés pour qualifier certains états de l'estomac causés par la mauvaise digestion.

Ainsi, c'est à lui qu'est dû le mot bradypepsie pour indiquer la paresse de l'estomac et la lenteur de la digestion, et celui d'apepsie pour désigner le non-fonctionnement de cet organe et l'absence de toute digestion.

Puis, comme après Galien et jusqu'à la Renaissance, on s'est borné, pour enseigner la médecine et pour la pratiquer, à répéter les doctrines de ce médecin et celles d'Hippocrate et à suivre et à appliquer servilement leurs méthodes, il faut arriver si l'on veut trouver une légère innovation jusqu'en 1564, à Jean de Gorris, qui, estimant qu'il existait entre la bradypepsie et l'apepsie de Galien, un certain état différent, mais qu'il ne définissait pas et qu'il ne décrivit pas, inventa le mot dyspepsie (de δύσ douloureux πεσσειν digère) pour qualifier cet état.

Ce ne fut que plus tard, et au XVIII[e] siècle, que Vogel donna à ce mot sa véritable signification en l'employant pour qualifier une digestion douloureuse.

Cependant, ces essais d'initiative restèrent isolés et tous les autres auteurs continuèrent à reproduire les idées de Galien et à faire de chaque symptôme, de chaque trouble, une affection, une maladie spéciale.

Sauvages, en 1768, exagéra encore cette tendance et multiplia les genres et les espèces, qu'il divisa et subdivisa encore.

Mais cet abus de l'analyse, qui compliquait si étrangement l'étude et le traitement des troubles digestifs, permit à un esprit synthétique, à Cullen, de bien les comprendre et de leur enlever leur qualificatif de maladies distinctes et sépa-

rées, pour n'en faire plus que ce qu'ils sont en réalité, c'est-à-dire les symptômes d'une seule et unique maladie.

Aussi (dans ses Eléments de Médecine pratique, 4e édition, traduction de Bosquillon, Paris, 1787), s'exprime-t-il ainsi : « Le défaut d'appétit, le dégoût, le vomissement, qui survient quelquefois, les distensions subites et passagères de l'estomac, les rapports des différents genres, une chaleur brûlante vers le cœur, des douleurs dans la région de l'estomac et la constipation, sont des symptômes qui se rencontrent fréquemment chez la même personne et que l'on peut, en conséquence, présumer dépendre d'une seule et même cause prochaine. C'est pourquoi on peut la considérer comme une seule et même maladie, à laquelle nous avons donné le nom de dyspepsie ».

Ces idées furent assez généralement admises jusqu'à Broussais. Mais ce dernier, avec son système préconçu de ne voir, à l'origine de toute maladie et comme cause de cette maladie, que son invariable inflammation, ramena tous les troubles de la digestion à une inflammation primitive et les attribua soit à cette inflammation, soit à une lésion de l'estomac.

Par suite, il groupa, sous le vocable d'états inflammatoires, toutes les anomalies de fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal, proscrivant tout autre qualificatif et faisant ainsi disparaître du langage médical le mot de dyspepsie.

Mais cependant, il sut, dans l'étude qu il consacra à son groupe d'états inflammatoires, bien mettre en relief cette vérité, c'est que parmi les organes qui assurent la conservation et l'entretien du corps humain, l'estomac est le premier et le plus important.

Il déclarait donc en conséquence, que, pour maintenir le corps en santé, il était absolument nécessaire d'assurer le bon état de fonctionnement d'un tel organe.

La doctrine de Broussais ne dura pas longtemps, mais ceux qui vinrent après lui méconnurent aussi, quoique d'une autre façon, la véritable cause des troubles digestifs et, en 1836, Dalmas, dans son Dictionnaire de Médecine en 30 volumes, les considérait comme dus à une dépression nerveuse et faisait de la dyspepsie une véritable névrose.

Beau vint ensuite, et, grâce à ses connaissances physiologiques, il comprit mieux les causes réelles de ces troubles ; il reconnut l'existence de la dyspepsie, dont il fit une maladie très fréquente et la source de beaucoup de troubles nerveux sympathiques, d'altération du sang et de presque toutes les dégénérescences organiques.

Je ne dirai rien du travail d'un certain nombre d'auteurs qui vinrent après Beau et qui ne firent que reproduire sous des formes nouvelles et avec des noms nouveaux ce qu'avaient déjà dit ou écrit leurs devanciers, et j'arrive à Leube, qui en 1876 signala l'existence du suc gastrique et indiqua une méthode pratique pour l'analyser.

C'était la révélation d'un mode nouveau pour procéder à l'étude des maladies de l'estomac, et beaucoup pensèrent, à ce moment, qu'on avait enfin trouvé un moyen absolument certain pour différencier la gastrite chronique de la véritable dyspepsie.

Puis Rosembach, en 1879, et Rosenthal, en 1883, qualifièrent dyspépsie nerveuse tout trouble digestif dont on constatait l'existence, alors qu'en même temps le chimisme stomacal restait normal, et ils nommèrent catarrhe ceux qui étaient caractérisés soit par un excès d'acide ou hyperacidité, soit par une diminution de ce même agent ou hypoacidité.

A peu près en même temps, Reichman, Jaworski et Glusinski, puis Ewald, étudièrent plus spécialement l'hyperchlorhydrie et la gastro-succorrhée dont ils firent un catarrhe acide de l'estomac.

Enfin, à l'heure présente, on ne s'entend plus, et la question, malgré d'incontestables progrès pathologiques et thérapeutiques, est redevenue aussi embrouillée que jamais.

Les uns, avec Hayem et Winter, attachent la plus grande importance aux altérations sécrétoires de l'estomac et en font l'unique base de l'étude des troubles digestifs, car pour eux ces troubles indiquent toujours et sûrement l'existence d'une gastrite qu'ils considèrent comme étant la seule et unique cause de tous les autres troubles liés aux gastropathies.

Au contraire, Charcot puis MM. Debove, Bouveret et Devic, puis Soupault, déclarent que le plus souvent ou, sinon le plus souvent, du moins de nombreuses fois, on constate l'existence des altérations sécrétoires de l'estomac sous l'influence d'un trouble purement dynamique des fonctions gastriques et que, dès lors, on ne doit les considérer que comme un des symptômes de la dyspepsie et non comme la dyspepsie elle-même.

Enfin, d'après d'autres encore, parmi lesquels on compte Schiff, en dehors de ses fonctions sécrétoires et de ses fonctions dynamiques, l'estomac possède encore des fonctions de sensibilité, et par suite les dyspepsies doivent dépendre non du mauvais état d'une seule de ces fonctions, mais de leur ensemble.

Tel est présentement l'état de la question, et pour l'élucider nous allons successivement exposer les doctrines des auteurs qui sont les plus autorisés dans la question, nous examinerons ensuite la valeur et la signification de ces doctrines, puis nous exposerons quelle doit être, d'après nous, la voie à suivre et la méthode à pratiquer.

Définition de la dyspepsie

Ce qui nous a tout particulièrement étonné, en lisant les divers auteurs qui ont traité de la dyspepsie, c'est qu'un mot aussi clair et étymologiquement d'un sens aussi précis que celui de dyspepsie ait pu donner lieu, au sujet de sa signification, à des interprétations différentes et pour ainsi dire opposées.

En effet, pour M. Soupault, qui a écrit l'article dyspepsie dans le Manuel de Debove et Achard, la dyspepsie est « la difficulté habituelle de la digestion ».

De même, M. Albert Mathieu, dans le Traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, après avoir dit en commençant le chapitre de la dyspepsie que « toutes les fois que la digestion se fait mal il y a dyspepsie, plus loin, la définit ainsi : « la dyspepsie, c'est la digestion anormale soit par la perturbation d'actes physiologiques, soit par l'apparition de phénomènes anormaux ».

M. Germain Sée écrit : « Dans tous les cas, pour constituer une dyspepsie gastrique ou intestinale, le trouble chimique est la condition *sine qua non* ; c'est la lésion primordiale inéluctable qui peut grouper autour d'elle et la douleur et la tympanite et même les vomissements : ce sont là des phénomènes accidentels, épisodiques de la dyspepsie ; elle peut encore provoquer des troubles nerveux, vertiges, tristesse, palpitation, dénutrition : ce sont là des effets secondaires, des suites de la mauvaise digestion, ils ne sont pas inhérents à la dyspepsie.

Pour cet auteur, la dyspepsie se réduit donc à un trouble chimique des sécrétions stomacale et intestinale.

D'autres la font consister dans des troubles nerveux,

Enfin M. Debove, dans son Traité des Maladies de l'estomac, après avoir déclaré qu'il acceptait l'opinion de Lasègue, au sujet de la dyspepsie, ajoute « souffrir et se plaindre, telles sont les deux conditions sans lesquelles on ne peut être dyspeptique ». La douleur vive ou légère est, en effet, croyons-nous, le premier phénomène sur lequel l'attention doit se porter. En outre, pour qu'il puisse être question de dyspepsie, il faut qu'il n'y ait pas de lésion anatomique de l'estomac. Seuls les troubles fonctionnels appartiennent à ce groupe.

Plus loin, il écrit encore : «nous considérons donc la dyspepsie comme un syndrôme constitué surtout par l'élément douleur, qui coexiste tantôt avec les modifications les plus diverses de ses fonctions motrices ou chimiques : la dyspepsie placée sous la dépendance d'une altération primitive ou secondaire du système nerveux est caractérisée par l'absence de lésions gastriques quoiqu'elle puisse, à la longue, amener une altération organique de l'estomac ».

J'arrêterai là ces diverses citations, car elles suffisent pour montrer combien les idées sont confuses au sujet de la signification du mot dyspepsie.

Cependant jamais mot ne fut plus clair et plus significatif, car étymologiquement il veut dire digérer avec douleur.

MM. Lasègue et Debove ont donc pleinement raison de dire que la dyspepsie est surtout constituée par l'élément douleur et que c'est là le premier phénomène qui doit fixer l'attention du médecin.

Il faut, en outre, pour qu'il y ait dyspepsie, une deuxième condition, c'est que, comme le dit encore excellemment M Debove, il n'y ait pas de lésions anatomiques de l'estomac et que seuls s'y rencontrent des troubles fonctionnels.

Tous les autres à quelques causes qu'ils attribuent la dyspepsie, nous paraissent l'avoir confondue avec la bradypepsie

qui, elle, est bien, en réalité, une digestion longue, pénible, difficile mais non pas douloureuse.

Par suite, nous définirons donc, comme suit, la dyspepsie : c'est toute digestion qui s'effectue avec douleur soit dans l'estomac, soit dans l'intestin grêle et qui ne comprend que des troubles fonctionnels sans qu'il y ait jamais *de lésion anatomique* stomacale ou intestinale.

La Dyspepsie est-elle une entité morbide ou un simple syndrôme révélateur d'une autre maladie.

Après avoir fixé d'une manière précise et nettement déterminée la véritable signification du mot dyspepsie, il importe de rechercher si ce mot s'applique à une entité morbide, c'est-à-dire à une maladie ayant des symptômes caractéristiques et permettant de la discerner et de la reconnaître, comme aussi un processus propre et spécial, ou simplement à un vulgaire symptôme servant à révéler l'existence d'une maladie et à la caractériser.

Cette question est excessivement complexe et va demander d'assez longues explications pour être élucidée.

Toutefois, avant d'en commencer l'exposé, je dois constater que, si l'on ne s'entend pas sur la cause vraie, la cause réelle de la dyspepsie, il y a presque unanimité pour déclarer qu'elle ne constitue pas une entité morbide, mais qu'elle est un simple syndrôme pouvant figurer comme symptôme dans un très grand nombre de maladies.

Ainsi, pour Charcot, la dyspepsie n'est qu'un symptôme et l'indication presque certaine de la neurasthénie ; il est même tellement convaincu de l'origine nerveuse de ce trouble de la digestion, qu'il n'attache qu'une très médiocre im-

portance aux renseignements fournis par l'analyse du suc gastrique.

En effet, il estime que, si les glandes stomacales fonctionnent mal, c'est par suite de l'état névropathique du sujet et, dès lors, la composition défectueuse du suc gastrique ne peut jamais être la cause de la dyspepsie, puisqu'elle est, comme cette dernière, la conséquence d'une névropathie.

MM. Bouveret, Ballet, Mathieu Gilles de la Tourette et avec eux presque tout le groupe des neurologistes ont accepté les idées de Charcot et, avec lui, considèrent la dyspepsie comme une conséquence de la névropathie.

Pour M. Germain Sée, au contraire, le trouble chimique est ce qu'il y a de plus important à considérer dans la dyspepsie, et c'est lui qui en est la principale cause.

Mais, avec beaucoup de justesse et de raison, il ne circonscrit pas la dyspepsie aux seuls troubles de l'estomac, il l'étend aussi à ceux de l'intestin, et à ce sujet il dit, très excellemment : « Il n'y a pas que la digestion gastrique, il faut admettre une digestion intestinale, pancréatique, biliaire, par conséquent autant de dyspepsies. On a manqué de clarté en comprenant sous le nom de dyspepsie tous les troubles fonctionnels de l'estomac : gastralgies, tympanites, vomissements quelles que fussent leur cause, leur origine ».

« Enfin, on a consacré une hérésie pathologique en confondant la dyspepsie avec la gastrite simple ou catarrhale... On a oublié que les digestions sont, avant tout, des opérations chimiques et que, par conséquent, il ne saurait y avoir que des dyspepsies de même ordre, quel que soit l'organe ou le suc digestif en défaut ».

« Les autres propriétés des organes digestifs, à savoir : motricité, innervation, ne sont que des moyens auxiliaires de la digestion, et quand même elles subiraient la plus grave atteinte, il ne saurait en résulter une véritable dyspepsie. De

même, les troubles dans le pouvoir d'absorption ne sont pas du domaine de la dyspepsie ».

« Les organes digestifs ne valent que par leur sécrétion. Il existe donc entre les divers membres de la corporation digestive une véritable solidarité qui, loin de se démentir, dans les graves circonstances, assure, au contraire, plus que jamais, l'intégrité de la grande fonction de nutrition. Chacun d'eux peut subir ainsi de graves avaries, sans que la vie soit compromise ; les altérations du suc gastrique sont mieux connues, mais on ne saurait nier l'influence désastreuse des lésions du foie, ou du pancréas, ou de l'intestin, sur la fonction de leur sécrétion respective. »

Puis, plus loin, il ajoute : « La dyspepsie peut se passer de lésions anatomiques et lorsqu'elles existent, elles n'agissent qu'en compromettant l'intégrité de la sécrétion avec la constitution du suc gastrique.

Voilà donc une opinion complètement opposée à celle de Charcot et de son groupe; il déclare, en effet, que la digestion est, avant tout, un acte chimique et que les autres propriétés des organes digestifs, comme la motricité et l'innervation, ne sont que des auxiliaires et que, par suite, leur perturbation et même la plus grave atteinte ne peuvent, en aucun cas, occasionner une dyspepsie.

M. Hayem, tout en ayant sur certains points des idées quelque peu différentes de celles de G. Sée, attache comme lui la plus grande importance à l'intégrité du suc gastrique et à sa production en quantité normale.

Pour lui, en effet, il ne suffit pas que le suc gastrique ait sa composition normale; il est nécessaire, en outre, qu'il ne soit produit qu'en quantité normale, le trop ou trop peu ayant, comme la composition normale, une influence nocive sur la digestion.

Avec M. Bouchard nous allons assister à la révélation d'une troisième cause originelle de la dyspepsie.

Comme les deux derniers, il admet que la dyspepsie est l'indice révélateur du mauvais fonctionnement du chimisme de l'estomac, mais il n'accorde pas à la composition du suc gastrique la haute importance qu'on lui attribue, et l'altération de ce suc ne saurait avoir pour conséquence de générer la dyspepsie.

Celle-ci est due à un état tout particulier et primordial du tissu stomacal, dont les fibres, dans certains cas qu'il est difficile de reconnaître et de constater, parce qu'aucun état morbide ne les révèle, se distendent et amènent ainsi une dilatation de l'estomac.

Très probablement, ajoute-t-il, de tels phénomènes doivent être attribués ou à une prédisposition héréditaire ou à une modification constitutionnelle qui s'est établie lentement et sans trouble.

Quoi qu'il en soit, toutes les complications de la dyspepsie n'ont, pour seule et unique cause, que l'ectasie gastrique.

De celle-ci, en effet, proviennent toutes les fermentations anormales qui donnent naissance à des microbes pathogènes dont les toxines qu'ils sécrètent vont porter le trouble dans un grand nombre d'organes et d'une façon, peut-être plus particulière, dans les centres nerveux.

Alors apparaissent les accidents nerveux les plus variés, tels que l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie et même parfois certaines formes vésaniques, le tout, suivant les prédispositions du sujet.

Puis, en outre de ces désordres, et très souvent concurremment avec eux, se produisent, par suite de la sécrétion des toxines microbiennes, ce que l'on a appelé les complications à distance.

Ce sont les altérations du rein, d'où congestion de cet

organe et néphrite, ou bien l'inflammation des voies respiratoires telle que bronchite, emphysème, etc., etc.; enfin des congestions du foie.

Ce sont également des éruptions cutanées, et à tout ce groupe de maladies peut encore venir s'ajouter, par suite de l'empoisonnement continu de l'organisme par les sécrétions microbiennes, tout le groupe des maladies infectieuses, soit la tuberculose, la fièvre typhoïde, etc., etc.

M. Frantz Glénard a indiqué une quatrième cause génératrice de la dyspepsie, c'est la chute de l'intestin ou ptose intestinale.

D'après lui, lorsque pour une cause quelconque, telle, par exemple, que des grossesses répétées, les parois abdominales se sont affaiblies, l'intestin n'étant plus soutenu et pesant sur les parties faibles, amène leur affaissement. Cette chute entraîne celle de l'intestin, qui alors tire sur le mésentère; l'estomac, le foie, le rein, sont, à leur tour, plus ou moins entraînés par l'intestin, et cette ptose de presque tous les organes abdominaux amène une sorte de constriction aux points d'attache des ligaments de l'estomac et de l'intestin et notamment au niveau du pylore, d'où toute une série de troubles soit de la digestion, soit de la circulation des aliments dans l'estomac et dans l'intestin et, comme conséquence, apparition des phénomènes dyspeptiques.

Les quatre causes que je viens d'indiquer étant celles auxquelles presque tous se réfèrent pour expliquer l'origine de la dyspepsie, je n'en énumèrerai pas davantage.

Mais toutefois, avant d'en terminer avec ce chapitre des causes de la dyspepsie, comme je m'aperçois qu'en les énumérant je n'ai mentionné que les causes générales directes, qui toutes comme je le dis plus haut peuvent très bien être ramenées aux quatre que j'ai indiquées; il m'a paru, afin d'être complet dans l'énumération des causes de cette mala-

die, qu'il fallait à côté des causes directes générales énumérer les spéciales, puis les indirectes et enfin les sympathiques.

Comme causes spéciales directes de la dyspepsie on indique, outre l'hérédité et la diathèse arthritique, l'abus de l'alcool et du tabac, une alimentation trop abondante, trop épicée, de mauvaise qualité, des repas irréguliers, enfin une mastication insuffisante des aliments.

A ces causes spéciales directes il convient d'ajouter les indirectes, qui sont dues à des maladies générales telles que l'anémie, la chlorose, la goutte, la syphilis, l'hystérie et le nervosisme.

Enfin, pour compléter cet ensemble des causes et autant que possible ne rien oublier, je terminerai en énumérant les causes sympathiques de la dyspepsie, qui proviennent de la lésion d'un organe éloigné tel que le foie, le cœur, l'appareil urinaire, l'utérus, la tuberculose pulmonaire et, en outre de ces lésions, parfois l'état de grossesse.

Maintenant examinons comment l'on envisage généralement la dyspepsie et si l'on en fait une maladie spéciale, une entité morbide ou au contraire un simple syndrôme.

Si sur la question de la cause nous avons vu de nombreuses divergences, sur celle-ci il y a à peu près unanimité pour reconnaître que la dyspepsie n'est point une maladie spéciale et qu'elle n'est et ne peut être qu'un simple syndrôme.

Je citerai d'abord M. Soupault, dont j'ai déjà parlé à propos de la définition de la dyspepsie et qui enseigne que « cet état morbide n'a pas d'existence individuelle, que c'est un syndrôme, survenant, soit pendant l'évolution d'une maladie organique de l'estomac, soit comme manifestation d'un trouble purement dynamique de ses différentes fonctions. Dans le premier cas, ajoute-t-il, il s'agit d'une dys-

pepsie organopathique et dans le second d'une dyspepsie fonctionnelle».

Puis je parlerai de M. Mathieu, qui, après avoir dit que « toutes les fois que la digestion se fait mal il y a dyspepsie, ajoute : la seule façon d'utiliser avantageusement ce terme qui a reçu tant de significations diverses, sous l'influence des doctrines successives, et qu'on ne peut remplacer, c'est de lui donner la compréhension la plus large, la plus élastique.

« Ecrire un chapitre de dyspepsie, c'est écrire, en somme, d'après cela, un véritable chapitre de séméiologie générale ».

Il ne considère donc la dyspepsie que comme un symptôme.

Il en est de même de Charcot et de Germain Sée et de MM. Bouchard et Hayem ; de même aussi de MM. Dieulafoy et Raymond, qui avec G. Sée enseignent que la dyspepsie est une difficulté de la digestion et qu'elle n'est pas une entité morbide mais bien un ensemble de symptômes communs à un grand nombre de maladies.

Ces diverses citations me paraissant suffisantes pour démontrer que, d'une façon générale, on considère la dyspepsie comme un syndrôme, je n'en ferai pas de nouvelles ; mais cependant, avant d'examiner moi-même les diverses questions dont je viens de parler et avant d'indiquer ce que j'entends par dyspepsie et comment je comprends cette maladie, je désire pour rendre cet exposé aussi complet que possible faire connaître ce que l'on entend actuellement en clinique par ce mot et quels sont les divers types que l'on présente de cette maladie.

Si nous ouvrons le Traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, nous trouvons, au tome 3, page 276, sous le mot dyspepsie, un chapitre tout entier consacré aux types

cliniques de la dyspepsie, dont nous extrayons ce qui suit : « Il nous faut maintenant présenter les différents types cliniques de la dyspepsie telle qu'on la concevait autrefois. On la considérait alors comme un état morbide dont l'estomac était le siège principal, sans qu'on pût la rattacher à des lésions très nettes de cet organe.

»Les doctrines, à ce point de vue, ont subi de grandes variations, mais, comme il arrive le plus souvent, les théories tournent dans un cercle restreint, et les mêmes hypothèses réapparaissent successivement.

« La dyspepsie essentielle, nerveuse ou nervo-motrice, opposée à la dyspepsie symptomatique, apparaît avec Cullen. Broussais rapporte tout à la gastrite. Cependant Barras revient à la dyspepsie nerveuse en l'appuyant sur la douleur; la base de la dyspepsie, pour lui, c'est la gastralgie. Avec Chomel la dyspepsie reprend un sens plus large ; elle correspond au trouble fonctionnel de l'appareil gastro-intestinal. Elle est due surtout à la faiblesse et à l'irritabilité de cet appareil.

« Malheureusement, l'étude de la dyspepsie devait se baser exclusivement sur les phénomènes accusés par le malade ou extérieurement appréciables sans exploration directe ; il en est résulté sans fondement sérieux une division des dyspepsies en un nombre trop grand de variétés. L'examen du contenu de l'estomac, inauguré par Leube, poursuivi par un grand nombre d'auteurs à l'aide des réactifs qualitatifs et des analyses quantitatives, a amené depuis cinq ou six ans à donner une place prépondérante à l'élément chimique.

« A côté des dyspepsies chimiques prenaient place les dyspepsies nerveuses, caractérisées surtout par l'absence des signes caractéristiques d'un trouble des opérations chimique de l'estomac. Leube admettait une névrose gastrique, en se

basant sur l'absence de stase et de troubles chroniques dans certains cas ; c'est la pseudo-dyspepsie de G. Sée. Riegel fit également observer qu'il pouvait y avoir des troubles de motricité et de sécrétion d'origine nerveuse. Enfin, avec Ewald, un certain nombre d'auteurs s'accordaient à attribuer la dyspepsie nerveuse à un état général de névropathie.

« C'est à la maladie de Beard, à la neurasthénie, que se rattache le plus souvent la dyspepsie. Les phénomènes dyspeptiques sont un des facteurs les plus communs de cette névrose (Charcot, Bouveret, etc.)

« Pour notre part, nous avons pu nous convaincre que l'on trouve sous l'influence de l'état général de névropathie constitutionnelle les divers types de dyspepsie avec ou sans trouble des opérations chimiques : les types cliniques de la dyspepsie sont pour nous, le plus souvent, mais non toujours cependant des formes cliniques de la dyspepsie nerveuse.

« Il est possible qu'en dehors de la dyspepsie nerveuse, il n'y ait de dyspepsie que celle que provoque la gastrite ; mais il faut dire aussi qu'il est très difficile, impossible même souvent en clinique, de distinguer l'une de l'autre. C'est toujours le même problème qui se pose en des termes différents.

« La dilatation protopathique de l'estomac doit être mise à part. En nous en occupant nous verrons que M. Bouchard lui attribue une importance pathogénique considérable. C'est aux accidents d'auto-intoxication qu'elle provoque, qu'il attribue les phénomènes névropathiques que d'autres attribuent à la neurasthénie.

« M. Hayem met la viciation du chimisme gastrique au premier plan dans la division qu'il propose des états dyspeptiques.

« A notre sens, les états gastro-dyspeptiques ne peuvent

pas se classer utilement d'après un seul élément séméiologique ou étiologique.

« Ce qu'il faut mettre en lumière, c'est le facteur le plus important, celui qui domine l'ensemble des manifestations cliniques.

« La division que nous proposons suppose la connaissance de l'élément chimique, mais elle ne repose pas exclusivement sur lui ; elle n'est pas non plus étiologique, mais purement pathologique et chimique. Les mêmes causes donnent lieu, en effet, également aux différentes formes de la dyspepsie :

1° Dyspepsie nervo-motrice simple, sans hyperacidité organique ou chlorhydrique ;

2° Hyperchlorhydrie ;

3° Hyperchlorhydie avec stase gastrique et souvent hyperacidité.

« Cette classification ne préjuge pas plus la question anatomo-pathologique que la question étiologique. La gastrite est, en effet, souvent d'un diagnostic bien incertain, et il est possible, vraisemblable même, qu'elle peut donner naissance aux trois groupes séméiologiques qui viennent d'être énumérés ».

J'ai tenu à citer ce passage dans son entier parce que, tout en énumérant trois types distincts ou groupes séméiologiques de dyspepsie, il résume assez bien l'état d'incertitude où on se trouve actuellement au sujet de la dyspepsie.

Ainsi, le plus souvent, l'auteur n'emploie même pas le mot dyspepsie : pour lui, ce sont des états dyspeptiques; en outre, il se garde d'indiquer l'origine étiologique et les désordres anatomo-pathologiques spéciaux à chacun de ces types ou groupes.

Il n'en fait que des types ou groupes séméiologiques car, pour lui, les états gastro-dyspeptiques ne peuvent se classer

utilement d'après un seul élément séméiologique ou étiologique, et on doit, pour caractériser d'une manière vraiment clinique chacun de ces états, « mettre en lumière le facteur le plus important, celui qui domine toutes les autres manifestations cliniques » et, par suite, les qualifier en ajoutant au mot dyspepsie le nom de ce facteur.

On aura ainsi les neuro-dyspepsie, chloro-dyspepsie, hépato-dyspepsie, etc., etc.

Dans le manuel de Debove et Achard, toutes les formes dyspeptiques sont groupées sous deux types distincts, savoir :

1° La dyspepsie asthénique, qui apparaît surtout chez les neurasthéniques ;

Et 2° la dyspepsie hypersthénique, que d'autres nomment hyperchlorhydrie, mais qu'il désigne par le qualificatif susindiqué, parce que les symptômes que l'on observe dans ce type de dyspepsie « sont moins en rapport avec un excès de sécrétion qu'avec un état d'excitation générale des fonctions de l'estomac ».

Dès lors, pour ce dernier auteur, toutes les dyspepsies sont dues à un mauvais état nerveux, le premier ne se rencontre que chez les neurasthéniques, et, si le second paraît dû à des sécrétions gastriques, abondantes, celles-ci, en réalité, n'existent que par suite d'une cause nerveuse qui consiste, tout à la fois, « dans une plus grande excitation du système nerveux en général et des terminaisons nerveuses de la muqueuse gastrique, en particulier ».

Enfin, pour terminer ce chapitre, j'indiquerai que Germain Sée a réparti les dyspepsies en cinq groupes pathogéniques qui sont : 1° dyspepsies glandulaires ; 2° dyspepsies muqueuses ; 3° dyspepsies nervo-vasculaires ; 4° dyspepsies ab ingestis et 5° dyspepsies complexes.

Après avoir exposé d'une manière aussi claire et aussi

complète que possible ce que les principaux auteurs et les grands maîtres de la clinique entendaient actuellement par le mot dyspepsie, j'ai démontré que, si presque tous s'entendaient pour reconnaître qu'elle n'était pas une entité morbide, mais un simple syndrôme, leur entente cessait, dès qu'il s'agissait d'emplacer la maladie, de la définir et surtout d'indiquer et de préciser son origine ou cause première.

Je n'ai fait que mentionner les causes spéciales, directes, indirectes et sympathiques, parce que sur ce point il n'y a, pour ainsi dire, pas de divergences, mais je n'ai rien dit de la thérapeutique parce que, comme dans toute maladie, on traite surtout la cause originelle, de même qu'on ne s'entend pas sur cette cause, on diffère sur la thérapeutique et que, par suite, il devenait inutile pour permettre de bien comprendre la question et de l'embrasser dans son entier, de présenter le tableau de ces divergences de traitement.

Par suite, après avoir très longuement et très laborieusement étudié cette question de la dyspepsie et avoir utilisé, pour mieux la comprendre, l'expérience que six années de pratique médicale ont pu me faire acquérir, comme je suis arrivé à me faire de cette maladie une idée qui diffère assez notablement de tout ce que j'ai lu, je désire, avant d'exposer ma théorie, bien préciser la question et présenter, dans un tableau succinct, le résumé de toutes les divergences qu'elle a suscitées.

En réalité, elles ne portent que sur trois points, qui sont :

1° L'emplacement de la maladie ou anatomo-pathologie.

2° Définition de la maladie ou ensemble des symptômes qui permettent de la constater, séméiologie ;

3° Cause originelle de la maladie ou étiologie.

Relativement au premier point, bien qu'il ne soit point indifférent d'emplacer la dyspepsie dans l'estomac et l'intestin ou dans l'estomac seulement, comme ceux qui ne l'em-

placent que dans l'estomac, reconnaissent les désordres qu'elle occasionne dans l'intestin, qu'ils ne font que déclarer que ces désordres sont la conséquence de ceux qui ont primitivement existé dans l'estomac, et qu'ils les comprennent dans leur traitement thérapeutique, leur accordant, en définitive, autant d'importance qu'aux premiers, il ne s'agit là que d'une divergence théorique, sans aucune conséquence pratique, il n'y a donc pas lieu d'y insister et de s'en occuper.

Sur le second point, qui concerne la définition de cette maladie, comme il ne s'agit que de savoir si la dyspepsie est simplement une digestion pénible, lente, difficile, ou si, au contraire, c'est, avant tout, une digestion douloureuse, il semble au premier abord que ce litige est très peu important et qu'il n'a même pas la gravité du premier.

Cependant, en réalité, son importance est très grande, et voici pourquoi.

Si la dyspepsie n'est qu'une digestion lente, pénible, difficile, elle ne peut être qu'une conséquence ; elle ne peut, en effet, que révéler une autre maladie.

Dès lors, elle ne peut jamais être une maladie spéciale, une entité morbide, et toutes les fois qu'on la constatera, on devra surtout se préoccuper de la maladie dont elle est la conséquence et la traiter d'une façon toute spéciale et toute particulière, car ce sera cette dernière qui seule existera en réalité, qui seule infectera l'organisme, et, en la faisant disparaître on détruira sûrement la dyspepsie, qui n'en est que la conséquence.

Au contraire, si la dyspepsie est une digestion douloureuse, comme la douleur est une conséquence révélatrice d'une maladie, elle indique l'existence de la dyspepsie qui, devenant ainsi une entité morbide, une maladie ayant une existence individuelle, passe immédiatement au premier plan et exige de suite un traitement particulier.

A cet égard, comme j'ai déjà indiqué précédemment que pour moi, la dyspepsie était une digestion douloureuse, je précise, à présent, davantage ma pensée et j'explique que je la considère comme une entité morbide, une maladie réelle, ayant une existence propre et individuelle.

Toutefois, pour prouver cette proposition, je renvoie à l'exposé que je ferai subséquemment de ma théorie.

Reste maintenant le troisième point, celui-là est de beaucoup le plus important et le plus grave dans ses conséquences, mais, dans l'état actuel de la question, il est absolument insoluble.

En effet, du moment où, suivant les idées admises actuellement, la dyspepsie ne peut jamais être une entité morbide, qu'elle ne peut et doit être que le symptôme révélateur d'une autre maladie, tout médecin qu'un dyspeptique consultera s'empressera de rechercher quelle peut bien être la maladie qui a généré ce trouble gastrique, et, comme suivant la spécialité dans laquelle il se sera fait un nom, il verra plus particulièrement telle ou telle catégorie de malade, il sera fatalement-amené à attribuer la dyspepsie à la maladie pour laquelle on le consulte habituellement.

Ceci nous explique pourquoi Charcot, qui était un neurologiste éminent, a fait de la dyspepsie la conséquence d'une névropathie ; pourquoi M. Bouchard, qui traite tout particulièrement les dilatations d'estomac, l'a attribuée à cette dilatation ; pourquoi aussi M. Hayem, qui est l'auteur d'une méthode si remarquable et si parfaite pour analyser les liquides stomacaux, fait dépendre la dyspepsie de la qualité et de la quantité du suc gastrique, et pourquoi, enfin, M. Frantz Glénard, l'inventeur des ptoses viscérales, l'attribue à la gastéroptose ou à l'entéroptose.

Et maintenant, ce qui fait encore que l'on ne peut donner présentement aucune solution définitive à cette question,

c'est qu'il existe en réalité des états dyspeptiques qui sont très certainement et très sûrement dus aux quatre causes ci-dessus indiquées et que, dès lors, on doit admettre que des praticiens aussi éminents que ceux dont je viens d'indiquer les noms ont bien vu et bien observé leur malade et que chacun d'eux, tout en indiquant une cause différente pour la dyspepsie, en a cependant révélé l'origine réelle et vraie.

Toutefois, comme il ne saurait exister dans la science de question insoluble, que celle de la dyspepsie, justement parce que beaucoup de personnes en souffrent, a une très grande importance, il est nécessaire de rechercher un moyen clinique qui permette de distinguer sûrement cette maladie et de concilier des opinions justes et vraies bien que paraissant opposées.

Je crois avoir trouvé ce moyen, et je vais maintenant l'exposer.

Quelques préliminaires, cependant, me paraissent indispensables, parce que, ma théorie reposant presque en entier sur l'examen microscopique du contenu de l'estomac dont je n'ai point encore parlé, il importe que je répare immédiatement cette omission.

Cet examen est surtout utile pour découvrir les microbes qui peuvent exister et quelquefois en quantité considérable.

Quelques-uns sont considérés comme normaux et faisant, pour ainsi dire, partie intégrante du suc gastrique, tels sont les bacilles de la fermentation lactique et de la fermentation butyrique, les spores du mycoderma aceti, les spores de la levûre de bière et d'autres saccharomyces. Les sarcines s'y rencontrent, mais dans le cas de dilatation de l'estomac.

La présence de tous ces parasites, lorsqu'on en constate une grande quantité, est toujours l'indice que les liquides stationnent longtemps dans l'estomac. On peut ainsi, grâce

à eux, arriver à démontrer non seulement l'existence de cette stagnation, mais encore à en mesurer la durée.

Les expériences de Bary, qui a examiné dix-sept estomacs, et celles d'Abelous ont démontré que cet organe était le siège d'une flore très riche.

Abelous y a constaté l'existence de seize bactéries différentes, dont huit bacilles et un microcoque encore absolument inconnus; quant aux bactéries connues, ce sont les suivantes : Bacterium lactis aërogenes, Bacillus amylobacter, Bacillus micoïdes, Vibrio virgula, Sarcina ventriculi, Bacillus subtilis et Bacillus pypocyaneus.

Parmi tous ces micro organismes de l'estomac, il en est un certain nombre qui, d'après les opinions de Pasteur et de Duclaux, peuvent jouer un rôle utile à la digestion, probable peut-être, dans l'estomac, mais sûr et certain dans l'intestin.

Le suc gastrique, lorsqu'il est normal, est microbicide, mais il doit cette propriété à l'acide chlorhydrique qui, seule et en solution, produit le même effet.

Les fermentations lactique et acétique sont complétement arrêtées par le suc gastrique ou la solution chlorhydrique, mais la présence, dans l'estomac, de peptones ou de toute autre substance susceptible de se combiner avec l'acide chlorhydrique détruit immédiatement le pouvoir microbicide du suc gastrique ou de la solution chlorhydrique.

Si dans les micro-organismes de l'estomac on en trouve qui sont utiles à la digestion, par contre, on en rencontre qui peuvent y rester indifférents et, malheureusement aussi, un certain nombre qui l'entravent et lui nuisent.

D'après Minkowski, on peut résumer comme suit la nature de nocivité que ces micro-organismes développent dans l'estomac :

1° Ils peuvent donner naissance à des produits irritants pour la muqueuse gastrique ;

2° Ils peuvent provoquer la production de gaz dont la présence devient une cause de gêne, de distension et de dilatation ;

3° Les fermentations peuvent fabriquer des substances toxiques ;

4° Dans la fermentation des matières albuminoïdes, il peut se produire des substances alcalines capables d'entraver la digestion stomacale en neutralisant l'acide chlorhydrique ;

Enfin, 5° les fermentations gastriques peuvent avoir une grande influence sur les fonctions de l'intestin.

De l'exposé des résultats que donne l'examen microscopique du contenu stomacal, je ne veux retenir que cette triple indication, c'est qu'à certains moments on peut y rencontrer des bactéries qui, les premières, sécrètent un produit irritant pour la muqueuse gastrique ; les secondes ont une sécrétion qui provoque la production de gaz dont la présence dans l'estomac devient une cause de gêne, de distension et de dilatation, et les troisièmes génèrent des fermentations gastriques qui influencent les fonctions intestinales.

Pour compléter ces divers renseignements, j'ajouterai que dans le cours des multiples lectures auxquelles je me suis livré pour rédiger cette thèse, j'ai constaté que le Dictionnaire médical était trop riche en vocables pour qualifier les maladies et que, par suite des progrès si considérables qu'ont faits, dans ces derniers temps, l'Histologie, la Physiologie et la Pathologie, certains d'entr'eux avaient vieilli et ne donnaient pas une idée assez claire et assez précise de la nature de la maladie qu'ils servaient à désigner.

Il m'a semblé qu'en cette circonstance il était sage d'imiter l'arboriculteur qui, en présence d'un arbre dont beaucoup de branches inutiles empêchent à d'autres de donner

des produits abondants, les élague, permettant de cette façon à la sève que ces dernières auraient absorbée en pure perte d'aller profiter aux branches productives et ainsi augmenter et développer leur production.

Parmi ces mots, il en est deux surtout qui m'ont paru devoir au plus tôt disparaître du langage médical ; ce sont ceux de gastrite aiguë ou chronique et de gastralgie.

Que l'on conserve les qualificatifs de gastrite phlegmoneuse et de gastrite toxique, je l'admets, ceux-là désignent très clairement et avec précision même les maladies qu'ils servent à qualifier.

Mais gastrite aiguë, gastrite chronique, cela désigne un état général inflammatoire de la muqueuse stomacale ; seulement quelle est la cause de cette inflammation, quelle entrave apporte-t-elle au fonctionnement de l'organisme, c'est ce que ce mot n'indique pas et ne peut pas indiquer.

L'expression de dyspepsie vaut beaucoup mieux pour qualifier ce genre d'affection de la muqueuse stomacale, car lui, explique que, s'il y a inflammation, cette inflammation est douloureuse et que la digestion se fera douloureusement.

Je partage, sur ce point, complètement l'avis de Broussais, qui disait que les mots gastrite et dyspepsie faisaient double emploi ; seulement, où je m'en sépare, c'est que lui, avec sa théorie de l'inflammation, proscrivait le mot de dyspepsie, qui se rapportait à la digestion douloureuse et conservait celui de gastrite, qui désignait un état inflammatoire, tandis que moi, me préoccupant surtout de la digestion, je proscris le mot gastrite pour conserver celui de dyspepsie.

Toutefois, ainsi que je l'expliquerai plus loin, je ne me bornerai pas, dans ce cas, à employer le mot dyspepsie, seul, parce qu'il ne désignerait qu'une digestion douloureuse, mais je me servirai de l'expression, gastro-dyspepsie,

qui désignera alors très clairement une inflammation de la muqueuse stomacale avec digestion douloureuse.

Je répéterai, à propos du mot gastralgie, ce que j'ai déjà dit au sujet de celui de gastrite aiguë ou chronique, c'est une expression beaucoup trop générale qui ne désigne en aucune façon le tissu de la muqueuse stomacale qui est le siège de la douleur.

En effet, dans la gastralgie, ce n'est point la tunique stomacale tout entière et dans toute son épaisseur qui est atteinte, mais c'est seulement le tissu musculaire qui entre dans la composition de cette tunique,

J'indiquerai donc également plus loin pourquoi je veux lui substituer celui de myo-dyspepsie qui désignera alors très clairement que c'est le tissu musculaire de la tunique stomacale qui est devenu douloureux et rend la digestion douloureuse.

Après avoir donné ces diverses explications, il me paraît de la plus urgente et de la plus absolue nécessité, avant de pouvoir encore utilement exposer ma théorie de la dyspepsie, de faire connaître :

1° Comment se compose histologiquement la tunique stomacale ;

2° Comment s'opère physiologiquement la digestion dans l'estomac et dans l'intestin ;

3° Par quel mécanisme l'absorption des produits utiles de la digestion s'accomplit dans l'intestin.

Comment se compose histologiquement la tunique stomacale.

La tunique stomacale, en allant de la périphérie externe à la périphérie interne, comprend quatre couches ou tissus différents, qui sont d'abord : l'enveloppe séreuse, c'est le péritoine, et je n'ai rien à en dire ; puis l'enveloppe musculaire, celle-ci comprend trois plans de fibres, soit un plan de fibres obliques, un de fibres circulaires et un de fibres longitudinales ; vient ensuite une couche conjonctive sous-muqueuse, et enfin la muqueuse stomacale.

Celle-ci, par son importance, mérite qu'on l'étudie avec attention et qu'on en détaille la composition.

D'abord, du cardia au pylore elle tapisse toute la surface interne de l'estomac, s'arrêtant seulement à la valvule pylorique, dont elle recouvre une seule face : la supérieure.

Sa coloration est des plus variables, car, si on l'examine pendant que s'effectue la digestion, elle est rosée et turgescente ; mais si l'estomac est au repos, elle est pâle et affaissée.

Elle est complètement dépourvue de villosités et de papilles, et recouverte par une couche de mucus.

Son revêtement, qui est épithélial, est constitué par une seule assise de cellules cylindriques, dont l'extrémité profonde est effilée, et la supérieure évasée en forme de capsule ou de calice, ce qui leur a fait donner le nom de cellules caliciformes.

Leur rôle est de sécréter du mucus, et, d'après Ranvier, « leur produit de sécrétion forme une paroi muqueuse, continue, qui soustrait complètement les cellules épithéliales

elles mêmes, ainsi que les tissus qu'elles revêtent, à l'action du suc gastrique.

Sans cette couche de mucus, en effet, le suc gastrique détruirait les cellules épithéliales et les parois de l'estomac, l'estomac se digèrerait lui-même.

Il est inutile, pour les besoins de ma théorie, d'entrer dans tous les détails de la composition histologique de l'estomac ; je ne mentionnerai donc que ce qu'il y a de plus important.

Laissant donc de côté beaucoup de détails oiseux, j'arriverai de suite à l'étude des diverses glandes que la muqueuse renferme dans son épaisseur.

Elles sont de deux sortes, savoir : les glandes muqueuses et les glandes à pepsine.

Les premières sont surtout situées dans la région pylorique et ne sécrètent que du mucus.

Mais les secondes ont une bien plus grande importance ; ce sont également des glandes en tubes ramifiés, qui sont situées dans la partie moyenne de l'estomac et dans le grand cul-de-sac, et qui sécrètent des produits nécessaires à la digestion.

Comme toutes les glandes, elles ont une portion excrétante et une portion sécrétante ; la première est tapissée par des cellules caliciformes, et quant à la dernière, qui, chez certains animaux, se compose de deux sortes de cellules, elle n'en comprend chez l'homme qu'une seule qui a une forme polyédrique.

Ces diverses indications me paraissent suffisantes; je n'insisterai pas davantage sur ce point.

Comment s'opère physiologiquement la digestion dans l'estomac et dans l'intestin.

Je ne veux pas, bien entendu, faire ici un exposé complet de tous les phénomènes physiologiques de la digestion, je me bornerai donc, comme dans le paragraphe précédent, à n'exposer que les principaux.

L'estomac est un réservoir membraneux dans lequel arrivent, par le cardia, des aliments mastiqués et insalivés, et dans lequel ils doivent stationner un certain temps,

Nous avons vu que sa paroi se composait de quatre couches ou enveloppes, parmi lesquelles nous avons distingué surtout la couche musculaire et la couche muqueuse.

Pendant leur stationnement dans l'estomac, les aliments y subissent deux ordres de phénomènes bien différents; d'une part, ils y sont transformés par le suc gastrique, et d'autre part, fortement brassés par les mouvements de l'enveloppe musculaire.

Parlons d'abord du suc gastrique, qui est sécrété par les glandes pepsiques que nous avons vues exister dans la muqueuse stomacale concurremment avec les glandes muqueuses.

Ce suc est constitué par un liquide très ténu qui contient environ 4 p. 100 de matières solides, parmi lesquelles dominent le phosphate de soude et le chlorure de sodium.

Il renferme trois principes actifs, dont deux ferments : la pepsine et le lab-ferment, et un acide.

La pepsine est un ferment soluble, de nature albuminoïde, qui, mis en présence des matières albuminoïdes des aliments, les transforme en peptone, ou forme isomérique

d'albumine, que ni la chaleur ni les acides ne peuvent plus précipiter et qui, de plus, s'absorbe facilement.

Mais pour qu'elle puisse exercer cette action qui constitue sinon toute la digestion, du moins la partie principale, il est nécessaire que la pepsine soit associée à un acide qui n'est autre que l'acide chlorhydrique.

Quant au lab-ferment ou présure, on ne lui connaît de propriété spéciale que celle de cailler le lait dans un milieu non acide, ce que ne peut faire la pepsine.

Or, pendant que les glandes de la muqueuse gastrique peptonisent les aliments, la tunique musculaire les brasse et les mêle le plus intimement possible au suc gastrique, puis, après leur avoir imprimé les mouvements les plus variés, au fur et à mesure qu'ils sont peptonisés, elle les envoie par le pylore et par ondées successives dans l'intestin.

C'est dans la première partie de cet organe, le duodénum, que va définitivement s'achever la digestion.

La tunique intestinale étant, comme la stomacale composée histologiquement de quatre enveloppes, je n'ai pas cru qu'il fût nécessaire d'en faire la description.

Toutefois j'indiquerai que la couche musculaire intestinale ne comprend que deux plans de fibres, un de fibres longitudinales et un de fibres circulaires, celui-ci ayant le double d'épaisseur du premier.

J'ajouterai également qu'on trouve dans l'intestin deux sortes de glandes, les glandes de Brunner et celles de Lieberkühn.

Les premières sont surtout situées dans la portion du duodénum qui s'étend du pylore à l'embouchure du canal cholédoque; là elles forment une couche très serrée, mais partout ailleurs dans le duodénum elles sont rares.

Bien que l'on n'ait pas encore isolé le produit de ces glandes, certaines expériences qui ont été faites tendent à indi-

quer qu'il contiendrait de la pepsine et se rapprocherait beaucoup, en tous cas, du suc gastrique.

Les glandes de Lieberkühn sont des glandes en doigt de gant, par conséquent ne sont pas divisées, l'épithélium qui les tapisse est composé des mêmes cellules que le revêtement intestinal, soit de cellules cylindriques et de cellules caliciformes.

Ce sont elles qui secrètent le suc entérique ou intestinal ; ce suc constitue un liquide limpide, un peu jaunâtre, très ténu, salé et à propriétés très discutées.

Les uns prétendent qu'il est alcalin et n'a que peu ou pas d'effet, cependant il saccharifie l'amidon et transforme en peptone la fibrine du sang, mais il serait sans action sur les albumines et sur les graisses.

Les autres, avec Leven, affirment, au contraire, qu'il est acide comme le suc gastrique et qu'il possède une puissance digestive très énergique.

Quoi qu'il en soit, à ce suc et à celui des glandes de Brunner vient s'adjoindre dans le duodénum le suc pancréatique.

De même que le pancréas rappelle par sa structure celle des glandes salivaires, de même le liquide qu'il sécrète rappelle la salive ; d'ailleurs, on l'a appelé salive abdominale.

Cependant il est beaucoup plus dense que la salive, car il ne renferme que 90 0/0 d'eau, alors que la salive en renferme 99 0/0 ; il contient, outre de l'eau, des matières organiques et des sels minéraux, parmi lesquels domine de beaucoup le chlorure de sodium.

Il s'altère facilement, renferme beaucoup d'albuminoïdes et est très visqueux ; il comprend trois ferments différents, achève la transformation des aliments albuminoïdes et hydrocarbonés et émulsionne les graisses.

Il est même le seul liquide organique qui agisse sur les raisses et les rende absorbables.

Les trois ferments qu'il renferme sont ainsi dénommés : le premier est la stéapsine et agit sur les graisses; le second se nomme trypsine, il complète la transformation des albuminoïdes, enfin le troisième ou amylopsine est analogue à la ptyaline et exerce plus spécialement son action sur les amylacés.

Enfin avec le suc entérique le suc pancréatique transforme le chyme stomacal en chyle ou liquide nourricier, que les villosités du jejunum et de l'iléon vont enfin pouvoir absorber et introduire dans le milieu vivant.

Je n'insisterai pas davantage sur les phénomènes de la digestion, car j'ai indiqué tous ceux qui pouvaient avoir quelques rapports avec ma théorie de la dyspepsie ; je passe donc sans autre préambule à l'exposé de mon troisième paragraphe, qui est relatif à l'absorption.

Par quel mécanisme l'absorption des produits utiles de la digestion s'accomplit-elle dans l'intestin

Il s'agit là d'une question qui a longtemps divisé les physiologistes et sur laquelle on n'est même pas encore complètement d'accord.

Cependant, d'après les plus récentes recherches, cet acte serait dû à l'épithélium, cylindrique qui recouvre les villosités intestinales et à un phénomène de diffusion.

Le chyle arrivé à son état définitif et normal serait saisi par les cellules épithéliales, qui tout d'abord s'engorgeraient et se l'incorporeraient, puis en feraient deux parts et transmettraient l'une, comprenant surtout les albumines et les glycoses, aux capillaires sanguins qui constituent les premières branches de la veine porte, puis de là au foie, d'où

ils sortiront plus tard par les veines sus-hépatiques pour aller dans la veine cave inférieure et de là au cœur, et l'autre, composée surtout des graisses, à un chylifère central ou capillaire lymphatique qui va en définitive aboutir au canal thoracique, puis par ce canal à la veine cave supérieure et enfin également au cœur.

Je réduirai à ces très courtes explications tout ce que je veux dire relativement à l'absorption, et, comme je possède maintenant tous les éléments nécessaires pour établir et justifier ma théorie de la dyspepsie, je vais en commencer immédiatement l'exposé.

En me basant sur la triple indication que m'a fournie l'examen microscopique du contenu stomacal, j'estime que je puis arriver à établir trois formes primitives de la dyspepsie, constituant chacune une entité morbide ou maladie essentielle.

La première, je la nomme gastro-dyspepsie, et elle existe dans les circonstances suivantes :

Un petit négociant qui court les foires et les marchés vient consulter son médecin et se plaint d'éprouver une douleur sourde à l'épigastre. Cette douleur, chaque fois qu'il mange, ne tarde pas à être éveillée par la présence des aliments, elle est, en outre, exagérée lorsqu'on opère une pression sur l'épigastre. La digestion est longue, difficile, douloureuse, il a de la somnolence, de l'apathie, de la céphalalgie ; son appétit est nul et sa soif vive.

Le médecin l'interroge et apprend que ses repas sont irréguliers, qu'il les prend précipitamment, si bien qu'il avale les aliments au lieu de les mastiquer lentement et les insaliver, puis très souvent aussi ils sont de mauvaise qualité.

Avec les idées actuelles, on dira que le consultant est atteint d'une gastrite aiguë ou chronique, suivant les cas, compliquée d'un état dyspeptique.

Pour moi, avec ma présente théorie, je dirai qu'il souffre d'une gastro-dyspepsie, et je justifierai mon diagnostic.

1° Etiologiquement, en expliquant que, par suite de l'irrégularité dans ses repas, de la précipitation avec laquelle il mangeait et par suite du défaut de mastication et d'insalivation, comme aussi de la mauvaise qualité assez fréquente de ses aliments, il s'est formé dans l'estomac du consultant des microbes pathogènes dont les sécrétions toxiques ont amené une inflammation de la muqueuse gastrique, et comme conséquence tous les désordres dont il se plaint ;

2° Séméiologiquement, par l'ensemble de symptômes indiqués plus haut, savoir : douleur sourde à l'épigastre que la présence des aliments réveille, et que la pression épigastrique exaspère ; digestion difficile et douloureuse, somnolence, apathie, etc., etc.

Et 3° anatomo-pathologiquement, par l'état inflammatoire de la muqueuse stomacale et tous les désordres qui en sont la conséquence.

Maintenant, comme traitement thérapeutique, je prescrirai d'abord un lavage de l'estomac ; puis un régime spécial, d'où je bannirai soigneusement toutes les crudités, ne permettant que les aliments légers et de facile digestion, le lait entr'autres, par quarts de tasse, assez souvent répétés.

En matière de régime, comme chaque malade a son tempérament particulier, ses habitudes, que son organisme réagit différemment, il ne peut jamais être absolu, les meilleurs aliments pour l'un, ceux qu'il digère le plus facilement étant souvent tout le contraire pour un autre.

J'ordonnerai le repos après le repas, et des applications chaudes sur l'estomac, en expliquant qu'il faut éviter que ces applications exercent une pression sur l'épigastre, aussi longtemps qu'une telle pression pourrait augmenter la douleur.

Enfin comme médicament, j'en serai sobre, parce qu'il convient de ménager le plus possible l'estomac et de ne lui occasionner aucun surmenage.

Cependant je prescrirai du thé ou des infusions d'hysope édulcorées avec du sirop de papaïne de Trouette Perret.

Je pense, par ces diverses explications, avoir suffisamment expliqué cette première partie de ma théorie, et complètement justifié ma proposition, je vais donc passer à l'exposé de la suivante.

La seconde forme de dyspepsie, que je considère comme une entité morbide ou maladie essentielle, je l'appelle myodyspepsie, et voilà dans quelles circonstances elle naît et se développe.

Voilà une personne dont la vie est des plus irrégulières, tantôt elle ne fait à peu près rien, puis à d'autres moments elle se livre à un travail excessif, un véritable surmenage. Pour se soutenir dans ces moments de grand travail, elle boit beaucoup de café, l'alcoolise assez copieusement ; son alimentation est excitante et épicée.

Tout à coup, après un certain temps de ce régime, elle ressent une vive douleur à l'appendice xiphoïde, cette douleur est déchirante, brûlante, angoissante ; elle s'irradie à l'abdomen, aux hypocondres, dans le dos ; de même qu'elle a apparu brusquement, de même aussi elle cesse brusquement.

Une fois passée, il n'en reste plus trace ; la santé est bonne. Cependant elle revient de temps à autre, par accès; quelquefois le malade appuie la paume de la main sur l'estomac et la douleur cesse aussitôt ; dans d'autres circonstances, ce moyen ne lui réussissant pas, il a l'idée de manger, et à peine les premiers aliments sont-ils arrivés dans l'estomac que l'accès passe définitivement ; assez souvent, ces accès sont précédés d'éructations. La durée de chacun d'eux est varia-

ble, tantôt elle est de quelques minutes, tantôt de plusieurs heures.

Enfin, pendant ces accès, sa face pâlit, il est anxieux et éprouve parfois de véritables défaillances, presque de la syncope; puis la digestion est devenue lente et douloureuse.

S'il consulte, on qualifiera sa maladie gastralgie avec état dyspeptique ; moi je dirai qu'il est atteint de myo-dyspepsie, et j'établirai ainsi mon diagnostic.

Cet homme, en se surmenant et en prenant ses repas alors qu'il est très fatigué, et que par suite il s'est formé des leucomaïnes dans l'organisme, cet homme s'est auto-intoxiqué.

Il s'est formé dans son estomac des microbes pathogènes dont les sécrétions donnent naissance à des gaz qui, en distendant les fibres musculaires de l'estomac, rendent cet organe des plus douloureux, et par ses irradiations, cette douleur provoque les divers symptômes dont il se plaint.

En effet, cette douleur et la distension musculaire de l'estomac engendrent et des désordres nerveux et l'inflammation de la muqueuse stomacale.

Il n'y a pas dilatation de l'estomac à l'état permanent, car, après chaque accès, cet organe reprend sa forme et ses dimensions normales, mais pendant l'accès, par suite de la distension exercée par les gaz, la tunique musculaire est surmenée ; elle ne peut plus résister, malgré ses efforts, à la puissance de cette distension, elle devient momentanément douloureuse et impuissante, aussi existe-t-il pendant une certaine période de l'accès une véritable dilatation stomacale.

Ces quelques explications me paraissent suffisantes pour justifier mon diagnostic, car étiologiquement il repose sur la présence dans l'estomac de microbes, qui provoquent la production de gaz générateurs de la distension exercée sur la tunique musculaire de cet organe, distension qui, en impo-

sant au muscle un travail excessif, le surmène et le rend douloureux.

Puis, séméiologiquement, il s'explique par l'ensemble des symptômes ci-dessus indiqués, et enfin au point de vue anatomo-pathologique, il est certain que la lutte qui s'établit entre les gaz qui distendent l'estomac et le muscle, qui veut le maintenir dans sa forme normale, explique très bien l'état douloureux de cet organe, ainsi que tous les désordres que l'on constate et qui ne sont dès lors que la conséquence d'un travail excessif et d'un véritable surmenage.

Comme traitement thérapeutique, je prescrirai en pareil cas, d'abord le lavage de l'estomac, puis, pour absorber les gaz, deux cachets, chaque jour, dont on prendra un le matin une heure avant de manger et l'autre le soir, une heure avant le repas.

Ces cachets seront ainsi composés :

Charbon végétal pulvérisé..... 0gr,60
Craie préparée..... 0gr,30
Gomme arabique pulvérisée..... 0gr,10
Poudre de guimauve..... 0gr,20
Pour deux cachets.

Enfin pour combattre l'élément douleur j'ordonnerai des frictions sur l'estomac matin et soir avec le liniment suivant :

Baume tranquille.....
Huile camphrée..... } aa 40 gram.
Chloroforme..... 8 gram.
Laudanum de Sydenham.. 4 »
M. s. A. Bien agiter avant de s'en servir.

Pour faire chaque friction on se servira d'un morceau de flanelle, et, la friction terminée, on laissera le morceau de

flanelle qui aura servi à la faire, appliqué sur le point le plus douloureux. On recouvrira avec un peu de coton et on maintiendra le tout par un bandage.

Enfin je prescrirai également un régime spécial et approprié à l'état du malade.

Je vais maintenant exposer comment prend naissance ma troisième forme de dyspepsie essentielle que je nomme entérodyspepsie.

Il s'agit d'une personne dont les habitudes de vie sont très régulières ; ses heures de repas sont bien réglées, son alimentation n'a rien d'excitant et est bonne ; elle est bien constituée et elle jouit habituellement d'une excellente santé.

Cependant elle est impressionnable, et assez souvent elle a éprouvé de très vives émotions. De plus, il lui est arrivé de stationner à plusieurs reprises dans un endroit humide, et plusieurs fois elle s'est aperçue qu'elle y prenait froid.

Puis un certain jour, elle, dont la digestion se fait ordinairement très bien, a éprouvé, peu après avoir mangé, un peu de lourdeur dans l'estomac, c'était de la gêne plutôt que de la douleur ; quelques éructations sont survenues et il lui a semblé ensuite qu'elle allait bien.

Mais une heure et demie environ après la disparition des premiers phénomènes qui l'avaient inquiétée, elle a ressenti une vive douleur près de l'ombilic ; cette douleur s'est ensuite étendue à l'abdomen presque tout entier.

Des coliques très douloureuses accompagnées de borborygmes se sont fait sentir, puis des selles diarrhéiques sont survenues et ont été suivies d'un véritable soulagement.

Depuis lors, cet état de choses se renouvelle assez fréquemment et elle vient consulter, afin de savoir ce qu'elle doit faire pour recouvrer la santé.

En présence d'un pareil exposé, on diagnostiquera une

gastro-entérite ; pour moi, avec ma présente théorie, je dirai qu'il y a entéro-dyspepsie.

Et, en effet, il est absolument certain, ainsi que je l'ai expliqué plus haut, que la digestion ne s'effectue pas tout entière dans l'estomac, elle ne fait qu'y commencer et s'achève dans l'intestin.

Par suite, de même qu'il y a digestion douloureuse dans l'estomac, il doit aussi y avoir, parfois, digestion douloureuse dans l'intestin, et dès lors, s'il y a une dyspepsie stomacale, il y a aussi et très sûrement une dyspepsie intestinale.

Dans le cas qui nous occupe, la digestion n'est pas douloureuse dans l'estomac, elle est peut-être un peu longue, elle occasionne de la gêne, il y a bradyspepsie mais pas dyspepsie

Il en est tout autrement dans l'intestin ; là, une douleur vive se fait sentir et elle se produit pendant que s'effectue la digestion intestinale, par suite il y a donc dyspepsie intestinale ou entéro-dyspepsie.

Et comment est née ? comment s'est établie cette entéro-dyspepsie ?

Est-elle la conséquence d'une autre maladie ou d'une lésion organique ?

Non, puisqu'on ne constate l'existence d'aucune maladie ni d'aucune lésion.

A la vérité, la personne ressent bien, avant d'éprouver des douleurs intestinales, un peu de gêne et de pesanteur dans l'estomac, mais en réalité l'estomac n'est pas malade, et cette gêne et cette pesanteur sont fugaces et ne durent qu'un instant.

Il y a là un symptôme, une fermentation si l'on veut, mais on ne trouve aucun point douloureux sur cet organe et on y rencontre encore moins une lésion quelconque, par suite il n'est le siège d'aucune maladie.

La cause du trouble digestif constaté, comme aussi le terrain sur lequel se produit ce trouble, sont donc tous les deux, en entier, dans l'intestin.

Or, voici comment s'est produite cette entéro-dyspepsie.

Chacun a sa partie faible, la personne qui souffre des troubles dont il vient d'être parlé a l'estomac plus solide que l'intestin ; lors de ses stations dans un local humide où elle a senti qu'elle prenait froid, les désordres que cause cet état se sont produits dans l'intestin et de là est né l'état dyspeptique que nous constatons. Par suite du froid, des microbes pathogènes se sont développés dans le duodénum, il a bien pu, peut-être, s'en former aussi quelques uns dans l'estomac, mais en réalité le plus grand nombre a pris naissance dans l'intestin, et ce sont leurs sécrétions toxiques qui occasionnent tous les désordres organiques qui ont été observés.

Mon diagnostic se trouve donc justifié par l'ensemble d'explications que je viens de donner.

Il l'est, en effet, séméiologiquement par tous les symtômes constatés, qui dénotent une affection intestinale, étiologiquement par le développement dans le duodénum de microbes pathogènes, et anatomo-pathologiquement, parce que les toxines microbiennes ont seules occasionné l'inflammation de la muqueuse duodénale et tous les désordres organiques que l'on a observés et constatés.

En fait de traitement thérapeutique, je prescrirai en pareil cas du repos, puis un régime doux et duquel tous les alcooliques, les fruits verts, les épices et la charcuterie seront bannis.

J'ordonnerai de maintenir aussi chauds que possible le ventre et l'estomac ; puis, en outre, de prendre chaque jour deux cachets comme ceux que j'ai formulés plus haut, à propos de la myo-dyspepsie, et je recommanderai de les prendre de la même façon.

Je formulerai ensuite le mélange suivant :

Sirop de coings.....
Sirop de ratanhia.... } *ââ* 50 gram.
Sous-nitrate de Bismuth 0 gr. 30.
M. S. A. Bien agiter.

En prendre au moment où les douleurs et les coliques se font sentir, une cuillerée à bouche, de 10 minutes en 10 minutes jusqu'à trois cuillerées.

Puis, alors même qu'on ne ressentirait ni douleurs, ni coliques renouveler la même dose une heure après.

En cas de douleurs ou de coliques, renouveler la dose chaque fois que la douleur ou les coliques se feront sentir.

Enfin je prescrirai également un lavement avec 500 gram. d'eau qui aura bouilli et qui sera encore chaude au moment où on l'administrera et dans lequel on ajoutera :

Acide borique..... 1 gr. 25 c.
Charbon végétal pulvérisé.... 0 gr. 75 c.
M. S. A Pour un paquet.

J'en ai, dès à présent, terminé avec la dyspepsie et les trois formes qu'elle revêt comme entité morbide et maladie primitive essentielle.

Je crois avoir amplement justifié ma proposition, car, dans les trois cas dont j'ai parlé, on ne constatait chez les consultants ni lésion d'organe, ni maladie autre que la dyspepsie, ni antécédents héréditaires.

Il m'a paru que le mot dyspepsie était très bien composé et qu'il définissait admirablement le trouble gastrique qu'il avait pour mission de qualifier.

Seulement, comme ce trouble, tout en pouvant être généré directement ainsi que je l'ai établi, dans les trois cas ci-

dessus mentionnés, n'affecte ni les mêmes organes, ni les mêmes tissus, j'ai dû pour donner au langage clinique toute la clarté et toute la précision qu'il doit avoir, ajouter à l'expression dyspepsie, un mot qui alors précise l'organe dans lequel est fixée la dyspepsie et le tissu spécial qui est frappé.

Ainsi, dans le cas de gastro-dyspepsie, c'est l'estomac qui est le siège de la maladie, et c'est la muqueuse gastrique qui est originairement le plus particulièrement frappée.

Dans la myo dyspepsie c'est bien encore l'estomac qui est le siège de la maladie, mais c'est sa tunique musculaire qui a été originairement frappée et qui le reste plus particulièrement.

Enfin, dans l'entéro-dyspepsie, c'est le duodénum qui est le siège de la maladie, et c'est sa muqueuse et ses glandes qui se trouvent le plus particulièrement frappées.

Mais, à côté des trois cas dans lesquels la dyspepsie existe comme entité morbide ou maladie primitive essentielle, il en est un très grand nombre dans lesquels on constate son existence comme la conséquence de la lésion d'un organe éloigné ou d'une autre maladie déjà existante.

Par suite, il y a donc, à côté de la dyspepsie, maladie primitive et essentielle; des cas très nombreux, dans lesquels on constate des états dyspeptiques qui sont la conséquence d'un état morbide préexistant.

Parmi ces états dyspeptiques, il en est deux qui, par leur fréquence, m'ont paru devoir être mentionnés et étudiés plus spécialement que tous les autres, après l'étude que nous venons de faire de la dyspepsie, car ils permettront de la compléter, ce sont : 1° l'état dyspeptique dû à l'hyposthénie ; 2° celui dû à la neurasthénie ; nous allons donc, dès maintenant, faire de chacun d'eux l'objet d'une étude particulière.

De l'état dyspeptique dû à l'Hyposthénie.

Un assez grand nombre de lésions organiques ou de maladies peuvent, surtout chez des individus héréditairement préparés, amener le développement de la dyspepsie hyposthénique

Au nombre des organes dont les troubles ont le plus de retentissement sur la fonction digestive, ceux qui tiennent sûrement et sans conteste le premier rang sont, à n'en pas douter, les organes abdominaux.

Ainsi, chez l'homme, les prostatites, les uréthrites et un certain nombre de lésions des organes génitaux donnent fréquemment lieu à l'apparition d'une dyspepsie hyposthénique.

De même chez les femmes, les métrites, les paramétrites, les salpingites, les ovarites, développent très souvent la même maladie.

Enfin les ptoses rénale et intestinale deviennent également une cause fréquente de cette dyspepsie.

Dans tous ces divers cas, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, la dyspepsie n'étant qu'une conséquence, il n'y a pour ainsi dire pas lieu de s'en occuper; on traite la lésion ou maladie principale, et celle-ci disparaissant la dyspepsie disparaît également et toujours en même temps.

La chlorose, l'anévrisme, l'hérédité, doivent être également rangés parmi les causes les plus fréquentes de la dyspepsie hyposthénique.

Quel est dans ces divers cas l'état anatomique de l'estomac?

Sur ce point et par suite de la difficulté qu'on éprouve

pour faire une bonne préparation anatomique de la muqueuse stomacale, on n'a pas de données absolument certaines.

D'ailleurs M. Hayem, qui s'est livré à de nombreuses explorations de l'estomac affirme que chez un adulte, même parmi ceux chez qui cet organe fonctionne le mieux et qui par suite ne s'en plaignent jamais, il n'en est peut-être pas un seul qui soit sans lésions.

Recherchons maintenant par quel ensemble de symptômes on peut arriver à diagnostiquer et à caractériser un état dyspeptique hyposthénique.

Le plus souvent, ceux chez qui cet état dyspeptique existe deviennent sauvages et cherchent l'isolement; malgré la douceur et l'affabilité de leur caractère, l'hypocondrie les envahit; ils sont continuellement préoccupés d'eux-mêmes; ils s'examinent; ils se palpent, ils se pèsent et leur conversation n'a d'autre objet que leur état et ses variations quotidiennes.

Leur appétit est très variable; parfois avant de se mettre à table ils ressentent une faim très vive et ils craignent de n'avoir pas assez d'aliments pour la satisfaire, puis à peine en ont-ils pris une minime quantité que non seulement leur faim a passé, mais que la nourriture arrive à leur inspirer autant de répugnance et de dégoût qu'elle avait pour eux d'attraits quelques minutes auparavant.

Ils se plaignent encore assez fréquemment de la faiblesse de leur estomac, dont les fonctions sont lentes, pénibles, douloureuses.

Il leur arrive également de ressentir, et parfois plusieurs jours de suite, soit pendant le repas, soit peu après, comme une pesanteur de l'estomac; cet organe se gonfle, leur ventre se ballonne, et, comme leurs vêtements, alors, les serrent trop, ils sont obligés de se déboutonner.

Des éructations surviennent ensuite, mais ne les soulagent

que faiblement; leur respiration devient pénible, difficile, la face se congestionne, ils éprouvent comme un engourdissement et un malaise général, enfin ils se sentent incapables de tout travail intellectuel, et ils sont comme ensevelis dans une profonde torpeur.

D'autres fois, ce sont des palpitations qu'ils ressentent, ils éprouvent du vertige, de l'obnubilation, de véritables bouffées de chaleur qu'ils appellent des vapeurs, ils baillent très fréquemment, se sentent énervés et se livrent à de véritables excès de pandiculation.

Ces états de dépression générale alternent encore assez souvent avec des états de surexcitation, et, comme assez souvent aussi, parmi ceux chez qui on constate un assez grand nombre des symptômes que je viens d'énumérer, on ne peut discerner immédiatement aucune maladie principale et bien tranchée, on se décide, en pareil cas, à procéder à une analyse et à un examen du contenu stomacal.

Nous allons donc maintenant énumérer et exposer les diverses phases de cette opération minutieuse, difficile et encore assez compliquée.

Moyens d'extraction. — Pour procéder à l'extraction des liquides stomacaux et produits divers de la digestion, le premier instrument qu'il faut se procurer, c'est une sonde ou tube en caoutchouc souple de 10 à 12 millim. de diamètre extérieur et de 6 à 7 millim. de diamètre intérieur, long de 1 mètre 20 centim., ouvert par les deux bouts, dont l'un est libre et l'autre porte un entonnoir.

Pour s'en servir, on aseptise le bout libre en l'enduisant de vaseline boriquée, puis on le porte sur la base de la langue et on pousse doucement dans le pharynx en recommandant au malade de faire des efforts de déglutition.

Lorsqu'on arrive à l'entrée de l'œsophage, il se produit

assez souvent un spasme, et alors il convient de s'arrêter et de ne tenter aucun effort pendant une minute ou deux, puis on recommande au malade de respirer largement et on profite de ce moment pour essayer de pénétrer plus avant.

A part ce spasme à l'entrée de l'œsophage, on ne rencontre jamais aucune difficulté pour introduire la sonde, mais, si le spasme persistait, il faudrait bien se garder de forcer le passage ; il y aurait lieu, en pareil cas, de procéder à un badigeonnage, à la cocaïne, du pharynx et de l'entrée de l'œsophage, et après cette opération, comme le spasme ne reparaît pas, l'introduction se fait avec la plus grande facilité.

Parfois aussi, lorsque le contenu stomacal est trop épais et que la sonde ne ramène rien ou presque rien, on lui substitue la pompe gastrique.

C'est une pompe aspirante et foulante; elle aspire le contenu gastrique lorsqu'on élève son piston et elle le refoule dans un conduit latéral lorsqu'on repousse ce piston.

Malgré sa réelle utilité et, on peut dire, son indispensabilité, lorsque le chyme est trop épais pour être entraîné par le simple siphonage de la sonde, cet instrument ne doit être employé qu'en cas d'absolue nécessité.

Il présente, en effet, un très grave inconvénient c'est que, lorsqu'il ne reste presque plus de liquide, il suce pour ainsi dire la muqueuse gastrique et l'aspire contre l'orifice. Or cette aspiration prolongée de la muqueuse a toujours de très graves inconvénients, et chez certains sujets à muqueuse hyperémiée et friable elle peut occasionner des hémorragies plus ou moins abondantes ou des ecchymoses qui peuvent compromettre la vitalité de la muqueuse et souvent amener la production de véritables ulcères.

Aussi, bien que pour éviter cet inconvénient, M. Bouveret ait imaginé de déplacer de temps en temps le point d'emplacement de la pompe et qu'il arrive ainsi à y remédier le plus

souvent, comme il y a toujours possibilité de le voir se reproduire, il est plus sage et plus prudent d'employer la sonde, quitte à se servir de la pompe en cas d'absolue nécessité.

Repas d'épreuve. — Maintenant que nous possédons les instruments nécessaires pour extraire et nous procurer le contenu stomacal, il s'agit d'y procéder avec précaution et avec connaissance de cause.

Ce n'est point, en effet, par une vaine curiosité et dans le seul et unique but de la satisfaire, que nous accomplissons cette opération, mais c'est afin de savoir comment fonctionne l'estomac et si le suc gastrique qu'il produit est normal soit comme qualité, soit comme quantité.

Dans ce but, on fait prendre au malade un repas que l'on a spécialement composé, à cet effet, d'aliments albuminoïdes et amylacés très simples et facilement digestibles et d'où l'on a soigneusement proscrit toute graisse et tout condiment susceptible d'apporter quelque modification dans le fonctionnement naturel de l'estomac.

Toutefois il est utile, en pareil cas, de consulter les habitudes de son malade, car, par le temps qui court, beaucoup se sont laissés entraîner à prendre soit du café, soit du thé, et par suite de cette adjonction à leur alimentation ordinaire ils ont habitué leur estomac à la présence de ces liquides, de telle sorte que cet organe ne peut normalement fonctionner chez eux, que si on leur en fournit.

Plusieurs formules ont été proposées pour la composition de ces repas ; celle d'Ewald et Boas, après avoir joui assez longtemps d'une grande faveur, a été reconnue comme défectueuse et, par suite, abandonnée ; aujourd'hui on lui préfère celle de Bourget.

Voilà en quoi elle consiste : il faut hacher menu 50 gram.

de viande rôtie et 50 gram. de pain ordinaire, plus spécialement la croûte, et on y ajoute un peu d'eau et du sel de cuisine, que l'on ne prend pas avec les doigts, mais avec la pointe d'un couteau. On fait du tout une pâtée que le malade prend en buvant peu à peu deux verres d'eau.

Une heure, deux heures et demie et trois heures après, suivant les circonstances, on retire avec la sonde et, en cas de nécessité avec la pompe aspiratrice le contenu de l'estomac.

On le met à part, et on note aussitôt la quantité avec le plus grand soin, puis on y introduit, par quantité de 200 c. c. à la fois, de l'eau tiède et on continue ainsi, jusqu'à ce que le liquide ne donne plus de réaction acide au papier de tournesol ; alors il faut avoir soin de noter le volume d'eau qui a été employé.

Examen physique et organoleptique des produits de la digestion.

Dans le cas de fonctionnement normal de l'estomac, la sonde doit, au bout de deux heures et demie, ramener environ 60 gram. de bouillie chymeuse, après le repas de Bourget, en ayant soin, bien entendu, de défalquer le poids de l'eau de lavage.

Lorsqu'avec la sonde, on aura ramené une quantité de matière qui dépassera ce poids, on devra en conclure qu'il existe une rétention et un ralentissement des transformations digestives, dus à un défaut de suc gastrique ou d'acide chlorhydrique, peut-être aussi à un défaut de contractilité stomacale et, en tout cas, qu'il existe très probablement une dilatation.

D'autre part, si en même temps que le chyme on a ramené

avec la sonde une quantité de liquide plus ou moins grande, alors qu'à l'état normal l'eau introduite avec le repas doit être absorbée soit par l'estomac lui-même, soit après évacuation dans l'intestin, il y aura là un signe d'inertie ou de défaut d'absorption, et si ce liquide est trouvé trop acide on pourra conclure à une hypersécrétion gastrique.

L'odeur du repas d'épreuve composé comme ci-dessus doit être, d'après Bouveret, celle de la charcuterie fraîche.

Dans l'état normal, le repas d'épreuve doit fournir, à l'extraction sans lavage, au bout de deux heures, une bouillie grisâtre assez épaisse.

On en opère la filtration, mais cette opération, qui est toujours très lente, demande souvent comme adjuvant l'aspiration par la trompe à eau, en tout cas, la filtration doit autant que possible être faite en une seule fois, parce que les filtrations multiples entraînent presque toujours, comme conséquence, une diminution de l'acidité totale.

Cependant, parfois il arrivera que le produit normal du repas d'épreuve ne pourra être filtré qu'à l'aide d'une addition d'eau.

Plus la filtration du produit stomacal sera lente plus on pourra être certain que ce produit contient une grande quantité de mucus et de peptones. Il arrive même assez souvent que ces dernières constituent un obstacle absolu à la filtration ; on est, dès lors, obligé de changer plusieurs fois le filtre, et ces changements répétés enlèvent forcément à l'analyse son exactitude absolue.

La filtration terminée, on procèdera à l'examen du dépôt resté sur le filtre et on pourra ainsi reconnaître les aliments qui n'auraient subi aucune transformation.

Si on trouve le pain intact, on doit en conclure qu'il existe dans l'estomac un obstacle à la digestion des amylacés et que très probablement cet obstacle provient de l'hyperchlorhydrie.

Si, au contraire, c'est la viande et qu'elle soit absolument intacte, on en conclura que la digestion stomacale est absolument nulle, mais, si elle est attaquée en partie, ce sera le signe que cette digestion est incomplète. En effet, moins les fragments de viande sont nombreux, plus on les trouve gonflés et transparents, gélatineux, plus on peut être certain de l'activité du suc gastrique.

Analyse chimique des liquides stomacaux et produits de la digestion.

A. *Réaction.*— A l'état normal, cette réaction est toujours acide, elle l'est également le plus souvent à l'état pathologique et parfois même d'une façon exagérée, ce qui peut tenir soit à un défaut d'acide chlorhydrique, car dans ce cas il existe forcément des acides de fermentation, soit à son excès.

Il peut arriver aussi que la réaction soit hypoacide, neutre ou alcaline, dans le liquide sécrété à jeun ou après un séjour peu prolongé dans l'estomac, mais alors on doit en induire avec la plus absolue certitude que la sécrétion du suc gastrique est insuffisante ou viciée et qu'elle ne contient pas ou contient trop peu d'acide chlorhydrique.

B. *Détermination qualitative de l'acide chlorhydrique.* — Pour cette détermination, il y aura lieu de se servir du réactif de Boas, qui est très sensible et composé comme suit :

Résorcine sublimée.....	5	grammes.
Sucre de canne.....	5	—
Alcool à 40 degrés.....	100	—

Pour accomplir cette opération, on ajoute à 2 ou 3 gouttes de la solution de Boas, 5 à 6 gouttes du liquide stomacal,

puis on chauffe ; s'il forme un dépôt variant du rose au rouge, on peut être certain qu'il existe dans le liquide stomacal de l'acide chlorhydrique libre, car les acides organiques libres, le chlorure de sodium, les albuminoïdes, ne peuvent, en pareil cas, ni entraver la réaction, ni la produire en l'absence de ce corps.

La sensibilité de ce réactif est telle que, même avec une solution chlorhydrique à 1 milligramme pour 100 grammes, elle se manifeste encore si l'on chauffe doucement.

C. *Détermination qualitative des albuminoïdes dissous et des peptones.* — Pour procéder à cette détermination, on se sert du réactif d'Esbach, dont la composition est la suivante :

Acide picrique	1	gramme
Acide citrique.	2	—
Eau	1.000	—

Ce réactif précipite à la fois les albuminoïdes et les peptones, puis on chauffe, et les albuminoïdes restent coagulés; on les sépare immédiatement par filtration à chaud, et, en laissant refroidir le liquide filtré, les peptones s'en séparent et se précipitent à nouveau. Ce procédé est celui de Bourget.

D. *Ferment Lab.* — La présence de ce ferment est indépendante de la quantité d'acide chlorhydrique. Il coagule la caséine en masse assez cohérente, cette action persiste encore dans un milieu neutre, mais cesse aussitôt si ce milieu devient alcalin.

Pour déterminer qualitativement l'activité de ce ferment, indépendamment de l'acide chlorhydrique libre, on neutralise exactement dix centimètres cubes du liquide gastrique, en se gardant bien d'aller jusqu'à la réaction alcaline ; on y ajoute, ensuite, une égale quantité de lait qui aura bouilli,

parce que, sa coagulation étant plus lente que celle du lait cru, on peut mieux juger de l'activité du Lab.

On porte ce mélange à l'étuve à + 38 degrés ; si le lab existe en quantité suffisante dans ce liquide stomacal, en cinq à dix minutes, sa coagulation doit s'opérer.

Pour reconnaître l'existence du lab zymogène, on additionne dix centimètres cubes du liquide gastrique, que, dans ce cas, on a faiblement alcalinisé afin de détruire le lab-ferment, de deux ou trois centimètres cubes d'une solution au 100e de chlorure de calcium.

Cette solution faisant renaître le lab-ferment et lui rendant son pouvoir coagulant, on peut être certain de la non-existence du lab zymogène si cette coagulation ne se produit pas.

E. *Mucine.* — Pour reconnaître l'existence de la mucine dans le liquide stomacal filtré et au besoin additionné d'eau pour rendre possible cette filtration, on y ajoute de l'acide acétique en excès ; si cette addition entraine une précipitation, on peut être certain que c'est de la mucine, parce qu'elle est la seule substance qui soit précipitée par ce procédé.

F. Dans le cas où l'on voudra reconnaître s'il existe de la salive en excès dans le liquide stomacal, on filtrera d'abord ce liquide, puis on l'additionnera de quelques gouttes d'une solution de sulfo-cyanure de potassium, et si alors il prend une coloration rouge très marquée, on pourra être certain qu'il contient un excès de salive.

Après avoir ainsi procédé à l'examen des matières solides qui se trouvaient dans le contenu stomacal et à l'analyse qualitative du liquide filtré, il est maintenant nécessaire d'opérer l'analyse quantitative de ce liquide.

Le meilleur procédé pour opérer cette analyse quantitative est celui d'Hayem et Winter ; par lui, en effet, on obtient simultanément les variations dans un volume déterminé du liquide : 1° du chlore total (T) ; 2° du chlore fixe (F) ; 3° de l'acide chlorhydrique libre (H) ; 4° de l'acide chlorhydrique combiné (G), et 5° de l'acidité totale (A).

Je me bornerai sur ce point à ces quelques notions parce que l'exposé du procédé d'Hayem et Winter nous entraînerait dans des développements beaucoup trop longs pour cette thèse, et je passe à l'examen de l'activité motrice de l'estomac.

Pour constater cette activité, on emploie le procédé d'Ewald et Sievers, qui est basé sur ce fait que le salol resté intact dans le milieu acide de l'estomac, se dédouble lorsqu'il arrive dans le duodénum, grâce au milieu alcalin, en acide phénique et salicylique, lequel passe, sous forme d'acide salicylurique, dans l'urine qui, par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer, prend aussitôt une coloration violette.

En conséquence, on enferme 1 gramme de salol dans un cachet afin d'éviter le contact de la salive alcaline, et on le fait ingérer au malade à la fin du repas; c'est une heure ou une heure et demie, au plus, après cette ingestion que, dans l'état normal, l'urine donne la réaction caractéristique ; le retard dans la production de ce phénomène indique que l'activité motrice de l'estomac est amoindrie.

Plus ce retard sera grand et plus cet amoindrissement sera considérable.

Enfin, pour en terminer avec cet exposé de procédés de constatations et d'explorations, j'indiquerai comment on explore l'activité d'absorption.

A cet effet, on se sert du procédé de Penzolt et Faber.

On fait prendre à jeun ou au moment du repas 20 centi-

grammes d'iodure de potassium pur dans une capsule de gélatine soigneusement nettoyée à l'extérieur de toute trace de sel.

On recherche ensuite dans la salive ou l'urine la présence de l'iode, et, à cet effet, on emploie de l'amidon cuit additionné d'un peu d'acide sulfo-azotique qu'on mélange avec le liquide à essayer au moyen d'un agitateur. L'amidon se colore en violet, puis en bleu foncé, dès que les sécrétions contiennent de l'iode.

A l état normal, ce phénomène se produit au bout de 7 à 8 minutes à jeun, et de 40 à 50 minutes, au moment du repas.

Dans le cas où il tarde de 60 minutes à 2 heures, c'est un signe sinon absolument certain, du moins très probable, que l'estomac a perdu toute faculté d'absorption et toute activité motrice.

Lorsqu'il y a hypopepsie, ces divers procédés permettent de constater que les processus stomacaux ont subi d'une manière générale un très notable affaiblissement et cette hypopepsie est d'autant plus intense que l'acide chlorhydrique combiné ou C sera trouvé en quantité plus faible.

Il arrivera assez souvent en pareil cas que H ou l'acide chlorhydrique libre sera trouvé très faible ou même nul.

Au premier degré de l'hypopepsie, l'acidité totale ou A sera toujours trouvée plus grande que 100 ; au deuxième degré, elle sera inférieure à 100 ; enfin, dans l'apepsie ou troisième degré de l'hypopepsie, elle descendra à zéro.

Marche pronostic et traitement de la maladie

L'hypopepsie, une fois constatée, comme on peut être certain que cet état dyspeptico-hyposthéno-hypopeptique est occasionné par une maladie principale dont il n'est que la conséquence, le médecin doit s'efforcer de reconnaître avec sûreté et précision cette maladie.

Pour lui, en dehors de quelques précautions spéciales qu'il pourra prescrire à l'hyposthéno-hypopeptique, telles que d'éviter les fatigues, le surmenage, les émotions trop vives, les préoccupations, tout devra se réduire au traitement thérapeutique de la maladie principale.

Cessante causâ cessat effectus, la cause cessant, l'effet disparaît, aussi lorsque la maladie dont l'hyposthéno-hypopepsie est la conséquence, disparaîtra, celle-ci l'imitera et disparaîtra également.

Tout au plus, devra-t-on, en pareil cas, conseiller les distractions, le changement de milieu, de vie, le climat de la montagne ou celui des bords de la mer, suivant la saison ; et, enfin, comme adjuvant, l'emploi aux deux principaux repas d'une solution chlorhydrique composée comme suit :

Acide chlorhydrique.....	1 gr.
Eau.....	100 gr.
M. S. A.....	

Bien agiter au moment de s'en servir et mettre chaque fois une cuillerée à bouche de cette solution dans un verre de boisson que l'on prendra pendant le repas.

J'en ai fini avec l'hyposthénie et je vais maintenant m'occuper d'un autre état dyspeptique au moins aussi fréquent que celui dont je viens de parler, s'il ne l'est davantage, je veux nommer celui qui est dû à la neurasthénie.

De l'état dyspeptique neurasthénique

La neurasthénie est une maladie qui atteint tout à la fois les centres nerveux et le cœur, c'est une névropathie cérébro-cardiaque.

Elle se développe souvent à la période de l'adolescence chez les jeunes personnes dont la croissance a été rapide et dont le développement physique s'est produit à une époque où des études difficiles leur incombaient, où des examens d'où dépendait leur avenir, les préoccupaient et enfin où des concours, toujours si sérieux, tout en surexcitant leur émulation, leur occasionnaient de très vives et très profondes émotions.

Elle naît également chez l'adulte à la suite de surmenage physique ou de surmenage intellectuel, après de vives émotions morales ou après un traumatisme.

Chez les malades atteints de neurasthénie, on constate la plupart des symptômes suivants :

1° Phénomènes douloureux. Céphalée neurasthénique en casque, exagérée par le travail intellectuel. Vide cérébral. Sensation douloureuse vague, mal définie, siégeant à la nuque (plaque cervicale) ou au niveau des lombes (plaque sacrée), hyperesthésie auditive. Bourdonnement. Photophobiae ;

2° Phénomènes moteurs. Parésie causée par une sensation de fatigue extrême. Sensation de tournoiement, de vague. Réflexes rotuliens exagérés. Vertiges sans chutes. Diminution de la force musculaire dynamométrique ;

3° Troubles circulatoires. Palpitations fréquentes et douloureuses au moindre effort. Sensation douloureuse dans la région précordiale, constituant ce que l'on appelle la fausse angine de poitrine ;

4° Troubles psychiques. Hypocondrie. Volonté hésitante, ne se fixant jamais. La mémoire est conservée et l'intelligence indemne.

Il existe aussi, en outre, assez souvent des troubles dans les fonctions urinaires.

Enfin, il peut se produire des troubles de la digestion. Les digestions sont pénibles, s'effectuent avec lenteur, il y a souvent un grand développement de gaz avec respiration gênée et congestion de la face. Les constipations sont opiniâtres. Il y a de la somnolence, de la flatulence et, enfin, assez fréquemment, une dilatation de l'estomac.

Le traitement d'une maladie aussi complexe varie, pour ainsi dire, avec chaque personne, et surtout lorsqu'il est compliqué d'un état dyspeptique, il devient très difficile à fixer définitivement.

Il sera donc toujours prudent, en pareil cas, après avoir reconnu les symptômes principaux et avoir prescrit des adjuvants pour les combattre, de rechercher la cause réelle, la cause vraie de l'épuisement nerveux que l'on constate chez son malade.

On devra, par suite, soit en l'interrogeant personnellement, soit en interrogeant ses parents, s'efforcer d'établir avec clarté et précision et ses antécédents personnels et ses antécédents héréditaires.

En effet, chacun sait qu'assez fréquemment des écarts de régime et aussi la plupart des maladies infectieuses, sinon toutes, altèrent la muqueuse digestive et font naître certains troubles de l'appareil circulatoire, par suite desquels les centres nerveux ne sont qu'incomplètement irrigués, dès lors, ne reçoivent plus qu'une nourriture insuffisante et arrivent ainsi à s'anémier et à s'affaiblir.

D'autre part, s'il est advenu que le malade ait ingéré des aliments avariés et que des toxines se soient ensuite for-

mées dans l'appareil gastro-intestinal, il peut très bien arriver que ces toxines insuffisamment atténuées par les sucs digestifs, par l'épithélium intestinal, par le foie et par le serum sanguin, aillent irriter les cellules nerveuses, et comme ce sont elles, en définitive, qui règlent les phénomènes de nutrition, il résulte de cet état un désordre qui peut devenir général et très grave.

Ces recherches seront évidemment des plus laborieuses et parfois des plus infructueuses, notamment lorsqu'il s'agira de désordres gastro-intestinaux.

On est toujours porté à ne faire dater ces désordres et par suite à n'emplacer leur origine qu'à l'époque où l'on a constaté soi-même les premières manifestations des troubles digestifs; or, à ce sujet, et pour montrer combien est profonde une telle erreur, je vais citer le passage suivant dû à la plume si autorisée de M. Hayem.

« Nous apportons souvent en naissant un estomac débile. organiquement peu fait pour résister aux causes nombreuses d'irritation qui vont l'assaillir, et cela dès la naissance.

« Dès le premier mois de la vie, des affections gastro-intestinales sont fréquentes, et de la plus haute gravité. Le plus souvent, les malades ne sont pas instruits des accidents qu'ils ont présentés à cette époque ; leurs parents n'en ayant pas gardé le souvenir ou n'ayant rien dit. Et cependant, ces premières atteintes d'une muqueuse encore en voie de développement peuvent être parfois indélébiles. Vient l'enfance avec ses maladies infectieuses à déterminations gastriques, et l'intervention d'une médication inopportune... Sans compter les occasions de gastrite, que ne pourrait-on dire des singuliers régimes auxquels sont soumis un grand nombre d'enfants, même dans les familles riches ? Les gastropathies sont déjà d'une extrême fréquence chez les enfants de cinq à six ans.

« Vient l'âge des études, avec la déplorable hygiène scolaire L'alimentation vicieuse et grossière, ou au contraire, dans certains milieux, trop abondante et trop azotée, la mastication insuffisante, le travail après ou peu après les repas, le corps plié en deux, de manière à faire appuyer le foie sur le pylore ou sur le duodénum, le séjour dans l'air confiné, le manque d'exercice, n'est-ce pas suffisant pour expliquer le développement des gastropathies ? Et cependant à cet âge, les affections stomacales sont en apparence rares? L'enfant est souffreteux, il se développe mal, mais il ne se plaint pas. Vous lui trouverez cependant un estomac dilaté et clapotant.

« Nous arrivons à l'adolescence, où toutes les causes de gastropathie vont s'accentuer. A cette époque, où le développement organique exigerait, pour s'accomplir convenablement, la meilleure hygiène générale et alimentaire, où l'appétit s'accroît en proportion des besoins de l'économie, on se met à la préparation des examens, on abrège le temps consacré aux récréations et aux repas, on exige un effort intellectuel qui vient gêner et interrompre le jeu des fonctions de la vie de nutrition. Dans certains milieux ce sont les vices qui commencent à produire leurs funestes effets; le tabagisme et l'alcoolisme entrent en scène.

« Chez la jeune fille, il faut compter avec le corset, qui entrave mécaniquement l'évacuation gastrique.

« Remarquez, en outre, que ces diverses causes d'évacuation gastrique ou de gêne fonctionnelle interviennent souvent chez des personnes prédisposées aux affections nerveuses, chez des débiles nerveux ou des dégénérés ; qu'à ces causes s'ajoute un surmenage cérébral dont il faut tenir compte pour comprendre la forme sous laquelle va se présenter l'affection stomacale. C'est, en effet, souvent au moment de l'adolescence ou à peu près que la gastrite arrive

à s'extérioriser pour ainsi dire et que, souvent aussi, elle va se montrer d'emblée sous cette apparence nommée dyspeptique, neurasthénique. La forme clinique de la maladie va donc dépendre non pas seulement de la lésion de l'estomac, mais de l'individu, de ses prédispositions morbides, de son mode de réaction propre. Diverses causes agissant sur l'estomac auront produit la gastropathie, le malade lui créera sa dyspepsie à sa façon en lui imprimant son cachet individuel. »

Ce passage montre donc toute la haute utilité de l'anamnestique et de quel précieux concours elle peut être pour permettre d'arriver à reconnaître et à préciser la cause originelle de la neurasthénie avec état dyspeptique.

Mais, à côté de cette source de renseignements, il en est une autre où il est également souvent fort utile d'aller puiser ; c'est la statistique.

La condition sociale des individus a, en effet, sur les maladies qui les frappent, sur leur origine et leur mode de développement une influence beaucoup plus grande qu'on ne l'admet généralement dans le monde.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la neurasthénie s'accordent à reconnaître qu'elle frappe d'une manière plus particulière certaines classes d'individus, celles qui constituent les classes aisées.

Beard, qui décrivit le premier cette névropathie sous la forme clinique qu'on lui reconnaît aujourd'hui, crut tout d'abord avoir découvert une entité morbide nouvelle et spéciale à l'Amérique, aussi l'appela-t-il le « mal américain».

En outre, il considéra cette maladie comme ayant une origine toute moderne et devant son existence au surmenage intellectuel et moral que les exigences de la civilisation et de la vie sociale moderne ont, pour ainsi dire, créé.

Cette opinion était erronée, car à toutes les époques de

l'humanité et même en remontant fort loin dans l'histoire, on constate que la lutte pour la vie, sans être aussi générale qu'aujourd'hui, n'en existait pas moins avec la même ardeur et la même âpreté.

Au surplus, on trouve cette maladie mentionnée dans plusieurs auteurs et notamment par Galien, Stoll, Sydenham sous le nom de névropathie, il est vrai, mais cependant avec des caractères assez précis pour montrer que ce type clinique existait déjà à leur époque.

Toutefois, si son origine est moins récente que ne le pensait Beard, il est certain qu'elle s'est, dans le courant du siècle dernier, considérablement étendue et généralisée.

Elle n'est pas spéciale non plus à tel ou tel peuple mais commune à tous, ce qui n'empêche pas qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les américains du Nord et chez les peuples d'Europe, notamment en France, en Allemagne, et en Russie, qui marchent à la tête de la civilisation.

Cet état de choses est dû à ce que, chez ces divers peuples, la lutte pour l'existence est peut-être plus générale que chez les autres et surtout à ce que ce genre de lutte entretient une exaltation incessante et exagérée du système nerveux.

Et, à ce sujet, il importe de remarquer que, si les nécessités de la vie moderne développent et généralisent si considérablement le surmenage psychique et intellectuel des individus, elles accroissent, par voie de conséquence, les désordres fonctionnels de l'estomac.

En outre, les excès alcooliques, l'abus du tabac et beaucoup d'autres intoxications tout aussi nuisibles à l'organisme et plus particulièrement à la régularité de la digestion, se sont considérablement développés dans la seconde moitié du siècle dernier et tendent encore à augmenter.

Toutes ces causes permettent donc d'expliquer pourquoi la neurasthénie et la dyspepsie se sont si fort développées.

La neurasthénie est plus développée dans les classes riches parce que, chez celles-ci, le surmenage est le plus souvent d'ordre intellectuel et moral, et la dyspepsie l'est davantage dans les classes pauvres, parce que, dans ce dernier milieu, la mauvaise qualité de la nourriture, son insuffisance à certains moments et son excès à d'autres, les abus de l alcool et du tabac attaquent surtout l'appareil digestif et y développent les désordres les plus considérables.

L'âge et le sexe ont également une influence sur la neurasthénie, c'est le chef de famille qui lui paie la plus large part ; comme il a la charge et la responsabilité des affaires de la famille, il est évidemment celui de tous ses membres qui est le plus exposé au surmenage.

Ainsi, dans une statistique de Von Hoeling, qui porte sur 828 neurasthéniques, on en compte 604 qui appartiennent au sexe masculin et 224 seulement au sexe féminin.

Quant à la répartition professionnelle de cette maladie, sur un total de 598 malades on compte : commerçants et industriels 198, employés 130, professeurs 68, étudiants 56, officiers 38, artistes 33, médecins 17, agriculteurs 17, ecclésiastiques 10, ouvriers 6.

Ces chiffres permettent donc d'établir que c'est le surmenage intellectuel qui est la cause principale et prédominante de la neurasthénie.

Toutefois, si de l'ensemble des explications qui viennent d'être données on peut induire avec quelque certitude que le surmenage intellectuel est une cause fréquente de neurasthénie, qu'il en est même la plus fréquente, il faut se garder soigneusement de croire qu'il soit la seule.

Et si la neurasthénie engendre la dyspepsie, il est également certain que la dyspepsie engendre la neurasthénie. M. Bouchard, dont je n'accepte pas cependant toute la théorie, a souvent constaté que la dilatation stomacale

occasionnait des désordres nerveux considérables et très multipliés, d'où pouvait naître, par voie de conséquence, la neurasthénie. Sur ce point je suis complètement d'accord avec lui, mais où je n'admets plus sa théorie, c'est lorsqu'il affirme que toute dilatation stomacale est due à un état primitif de la paroi de cet organe, état qu'il rattache, d'une manière invariable, à une prédisposition héréditaire ou acquise.

Ma théorie permet de connaître la cause de cette dilatation, elle l'indique même, avec précision, à l'occasion de la deuxième forme que revêt la dyspepsie lorsqu'elle se développe dans l'organisme digestif, comme entité morbide, et à l'état de maladie primitive essentielle.

Je n'insisterai pas plus longuement sur cette question, et surtout je me garderai de rechercher si la neurasthénie n'est pas aussi souvent la conséquence de la dyspepsie que celle-ci ne l'est de la neurasthénie et si, à côté de la neurasthénie avec état dyspeptique, il n'existerait pas aussi très fréquemment une dyspepsie avec état neurasthénique ; je me garderai d'une telle recherche, non parce qu'elle serait oiseuse ou inutile, car, au contraire, elle a une très réelle importance, mais bien seulement parce que dans l'espèce qui nous occupe il s'agit d'une neurasthénie avec état dyspeptique.

Nous n'avons donc pas, en pareil cas, à rechercher quelle est la cause de la dyspepsie, elle est connue, c'est la neurasthénie ; la seule recherche qui, dès lors, s'impose est celle de la cause de la neurasthénie parce que le traitement de cette maladie doit avoir surtout pour but de détruire cette cause.

Or, de même que la constitution et le tempérament de chaque malade diffèrent, de même aussi la cause de chaque neurasthénie est différente, par suite, il ne peut pas y avoir, et il ne doit pas y avoir, un traitement uniforme, une for-

mule générale et unique ; il faudra, au contraire, avoir soin de choisir pour combattre et guérir sûrement et promptement la neurasthénie un mode de traitement spécial qui sera adapté et à la constitution et au tempérament du malade et à la cause particulière d'où dérive la maladie.

Ainsi donc, à propos de la neurasthénie avec état dyspeptique ou neurasthénie dyspeptique, il n'y aura lieu de traiter spécialement que la première, la seconde n'étant que la conséquence de celle-ci et devant disparaître en même temps qu'elle ; il conviendra, toutefois, d'en tenir compte, à l'occasion du régime que l'on prescrira.

Enfin, comme traitement général de cette maladie, il y aura lieu, dans tous les cas, de recommander le repos de l'esprit et du corps, comme aussi d'éviter soigneusement toute cause de surexcitation ou d'émotion. Le changement de milieu pourra être recommandé et devra même, dans certaines circonstances, être exigé.

Puis, suivant les cas, on pourra ordonner la faradisation des points douloureux, l'hydrothérapie et surtout les douches en jet brisé à la température de 12 degrés, ayant de 10 à 30 secondes de durée.

On devra, également, si la surexcitation nerveuse était très accentuée, prescrire le Bromure de Sodium à la dose de 3 grammes par jour, que l'on fera prendre en trois fois, le matin, à midi et le soir, dans un peu d'eau et pendant le repas.

Mais ce que je recommanderai surtout d'éviter dans cette maladie, c'est l'usage de l'eau de Vichy ou de Vals et l'emploi du bicarbonate de soude ; ces eaux et ce sel ayant l'inconvénient de développer beaucoup de gaz dans l'estomac et dans l'intestin et pouvant, dès lors, aider à la dilatation du premier de ces organes.

CONCLUSIONS

Des idées qui ont été exposées et développées dans cette thèse on peut déduire comme enseignement les conclusions suivantes :

1° La dyspepsie peut, dans certains cas, constituer une entité morbide, une véritable maladie primitive et essentielle;

2° Cette maladie peut, comme conséquence, occasionner la neurasthénie, en même temps que l'affaiblissement et le dépérissement général du corps tout entier ;

3° La dyspepsie n'est point seulement une digestion lente et difficile, elle est, en outre, et surtout une digestion douloureuse ; par suite, le symptôme douleur est sa caractéristique spéciale et propre ;

4° En dehors de la dyspepsie, maladie primitive et essentielle, il existe de très nombreux états dyspeptiques dus soit à la lésion d'un organe, soit à une maladie antérieure, et parmi ces états dyspeptiques, deux sont beaucoup plus fréquents que les autres, ce sont ceux qui dérivent de l'hyposthénie hypopeptique et de la neurasthénie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 Juillet 1901.
Le Recteur,
A. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 Juillet 1901.
Le Doyen.
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.